

Biologie, Environnement et Santé mentale

Discussion de l'intervention de D. Klein sur Panique et système d'alarme de suffocation

Dr J.M. THURIN

Merci à D. Klein de cette très intéressante intervention. Pour la discuter, je vais en reprendre d'abord les principaux éléments

Partant de l'hypothèse d'une réaction inscrite très profondément dans l'espèce, où certains troubles paniques constituent le versant psychologique d'une alarme très intense qui signale un risque majeur pour l'alimentation cérébrale en oxygène, et donc pour la vie, Donald Klein nous présente comment ce mécanisme cybernétique peut se dérégler et déclencher un signal erroné.

Cela amène Donald Klein à étudier les différents facteurs qui interviennent, ou sont susceptibles d'intervenir, sur ce capteur biologique : le taux de gaz carbonique dans le sang mais également celui de l'oxygène et ce qui les influence.

Le modèle s'avère ainsi plus complexe que celui d'un thermostat avec sonde. Il fait notamment intervenir le système hormonal et sa variabilité chez la femme suivant les moments du cycle menstruel rapportée à ce que l'on pourrait appeler son «caractère hormonal» puisque le niveau hormonal n'est ni identique, ni constant chez une femme et chez une autre et que c'est finalement le différentiel de ce niveau, d'une phase à l'autre, qui va être signifiant pour le capteur. Une femme dont la deuxième phase du cycle est marquée par un fort taux de progestérone est plus exposée au trouble panique "pur" qu'une femme au taux moindre. Ces hormones interviennent sur la ventilation et donc sur le niveau de CO₂.

Le fait que c'est la variation différentielle et non pas le taux dans l'absolu semble confirmé par le fait que les troubles paniques ne sont pas particulièrement importants chez les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique, "adaptées". Par contre, ces troubles vont survenir au moment d'une crise.

Le problème se complexifie encore lorsque le trouble panique est associé à des troubles anxieux et aux événements de vie, comme nous le propose D. Klein à partir de recherches de populations. Nous avons retrouvé et décrit dans nos propres travaux comment la peur panique peut se retrouver associée à des troubles très précoces de la séparation spatiale, se manifestant en particulier au moment du changement de «monde» que représente l'entrée à l'école.

Ce qui est suggéré par D. Klein, à propos de cette corrélation est intéressant. Partant des études sur les endorphines cérébrales et sur les prescriptions exogènes, sur le syndrome de manque et les dérégulations ventilatoires qu'il entraîne, il suggère qu'il pourrait à l'inverse y avoir une relation entre le système des opioïdes diminuant la sensibilité à la suffocation et retardant le manque d'air et ce qui pourrait accompagner d'un point de vue biologique l'angoisse de séparation. Celle-ci pourrait être décrite comme un état de mal-être primaire (qui pourrait se traduire sur le plan neurohormonal par une diminution des opioïdes) ; le trouble panique serait alors conçu comme le résultat d'une baisse de tolérance à l'élévation du CO₂, tolérance réduite par la déficience du système opioïde.

Autrement dit, un fonctionnement normal, avec son niveau de plaisir régulerait mieux notre fonction respiratoire et éviterait les différentiels brutaux, sources d'angoisse panique.

Donald Klein répète à plusieurs reprises qu'il se garde bien de vouloir rapporter tous les troubles paniques à ce mécanisme. En fait, il les différencie des peurs et des angoisses majeures par différents critères, avec naturellement des chevauchements :

- cliniquement, l'élément majeur du trouble panique par signal erroné de suffocation est l'existence d'une dyspnée très importante, alors que, dans la peur, la sueur, les martèlements et sensations d'oppression cardiaque, les tremblements, les maux d'estomac, la bouche sèche, la chaleur de la face, le besoin urgent d'uriner sont au premier plan

- les déclencheurs ne sont pas non plus les mêmes : lactate, bicarbonate, dioxyde de carbone, isoproterenol dans le cas du trouble panique de suffocation ; yohimbine, caféine, agoniste de la sérotonine et des benzodiazépines dans les autres
- les réponses biologiques sont également différentes : activation du système ventilatoire et comportement de recherche d'air dans un cas : c'est à dire que la sensation du manque d'air n'est pas la conséquence mais l'expression même de la cause qui initie le trouble panique ; mise en oeuvre du système sympathique d'adaptation au stress dans le cas de la peur.
- la réponse aux médicaments permet également une distinction : activité de l'imipramine dans les troubles paniques "purs" alors que les benzodiazépines y sont sans effet et réciproquement dans les peurs survenant chez les agoraphobes.

L'analyse de cette circuiterie et de ses dérangements est intéressante et même amusante. Elle fait "travailler".

Toutefois, évidemment, nous sommes là à une frontière de la psychiatrie avec la neuro ou la bio psychologie.

Je suis un peu inquiet quand je vois D. Klein placer sur le même plan *le récepteur de signaux biologiques* (un détecteur de dioxyde de carbone hypersensible et dont les régulations secondaires sont désaccouplées), des *perceptions externes* (qu'elles soient d'odeurs ou visuelles), des *représentations* ("hystérie du gaz durant la première guerre mondiale"), des *identifications* (peur panique au moment des essais de masques dans le cadre de la défense civile), des *résurgences d'expériences vécues* (expériences de deuil ou de rupture familiale durant la petite enfance).

Cette continuité et la réduction qui l'accompagne conduisent à une disparition, chez D. Klein, de toute référence à l'organisation symbolique, à la mémoire, au relationnel, ... à la psyché.

Certes, la psychosomatique nous confronte à des situations limites où le relais psychique semble suspendu, hors circuit, rétablissant un axe somato-cérébral réduit. Mais hors les cas où nous serions plongés de façon synchronique dans ce système somato-psychique, notre problème est précisément de rétablir cette continuité psychique et la position de *tampon* qu'elle instaure.

Les cas purs que nous décrit D. Klein existent-ils d'ailleurs vraiment, du moins de façon stable ? Comme il le signale, dans tout parcours d'un individu, il y a des bons et des mauvais moments. J'ai suivi ainsi une personne qui avait présenté les troubles typiques décrits par D. Klein. Dormant durant ses vacances dans une petite pièce dont on peut supposer qu'elle était mal ventilée, il s'était précipité vers la fenêtre pour respirer et cette expérience s'est renouvelée deux fois. Cette personne avait eu des expériences de séparation précoce et nous sommes également dans le cadre de la corrélation proposée. Mais elle avait également depuis très longtemps une hypertension systolique traduisant une hyperréactivité de l'axe sympathique. Et surtout,, le déclenchement, à peu près à la même période, de troubles dépressifs et de troubles anxieux importants, allant à certains moments jusqu'à la panique, avait coïncidé avec le déménagement d'un logement et d'un quartier où il habitait depuis plus de vingt ans et qui constituaient "son monde". En psychothérapie, les troubles paniques "purs" ne sont pas réapparus alors que les "réveils paniques" ont perduré beaucoup plus longtemps, impliquant plusieurs registres de la personne .

Cet exemple me permet de rappeler la difficulté de situer la notion d'environnement en biologie et dans sa relation à la santé mentale. Il paraît difficile de réduire cette environnement au contexte physico-chimique et au signal déclenchant d'une mémoire phylogénétique.

- Il y a le contexte des *événement de vie*, que nous venons de signaler et je pourrais me référer à une étude récente de G. Menahem portant sur les corrélations entre conditions éducatives, événements de vie durant l'enfance et maladies somatiques chez l'adulte. Ces événements interviennent sans doute à d'autres niveaux que celui du réflexe.

- Il y a aussi tout celui *de l'environnement relationnel* dont l'alchimie reste obscure mais dont les effets ont été mis en évidence par les travaux de Spitz sur le marasme des nourrissons qui ne manquaient de rien, sauf de câlins ; ou encore par les travaux de L.

Kreisler sur le nanisme psychosocial : dans son environnement familial naturel, l'enfant ne grandit pas. Dans un autre milieu, sa croissance reprend et ceci est corrélé à la sécrétion de l'hormone de croissance ; et actuellement par les travaux sur les interactions dyadiques et triadiques menés par Lebovici, Mazet, Vizier et Maury, notamment. On peut regretter que l'aspect relationnel ne soit pas du tout pris en compte par D. Klein dans ses propositions thérapeutiques centrées sur la désensibilisation et l'apprentissage alors que la corrélation avec l'angoisse de séparation était soulignée.

- Il y a aussi *l'environnement écologique*, avec l'effet des catastrophes naturelles sur la santé, effets qui ont été particulièrement étudiés je crois aux Etats Unis.

- Il y a *l'environnement culturel* et social qui intervient sur les activités, les intérêts, le sens et les investissements de vie.

- Il y a *l'environnement pulsionnel* qui modifie la relation de l'être à lui même et à ce qui l'entoure.

- Il y a *l'environnement neurobiologique*, avec notamment la dépression, qui modifie les fonctions biologiques.

Je m'arrête là, en soulignant à quel point la démarche analytique et de mise en interaction de variables modélisées proposée par D. Klein peut être fructueuse dans la mise en place d'un paradigme de la biologie humaine , à la condition toutefois de distinguer différents niveaux de réalité susceptibles de devenir actives et d'envisager leurs limites ou leurs possibles relations, les passages de l'un à l'autre, leurs interactions et leurs inscriptions dans la mémoire.

JM. Thurin