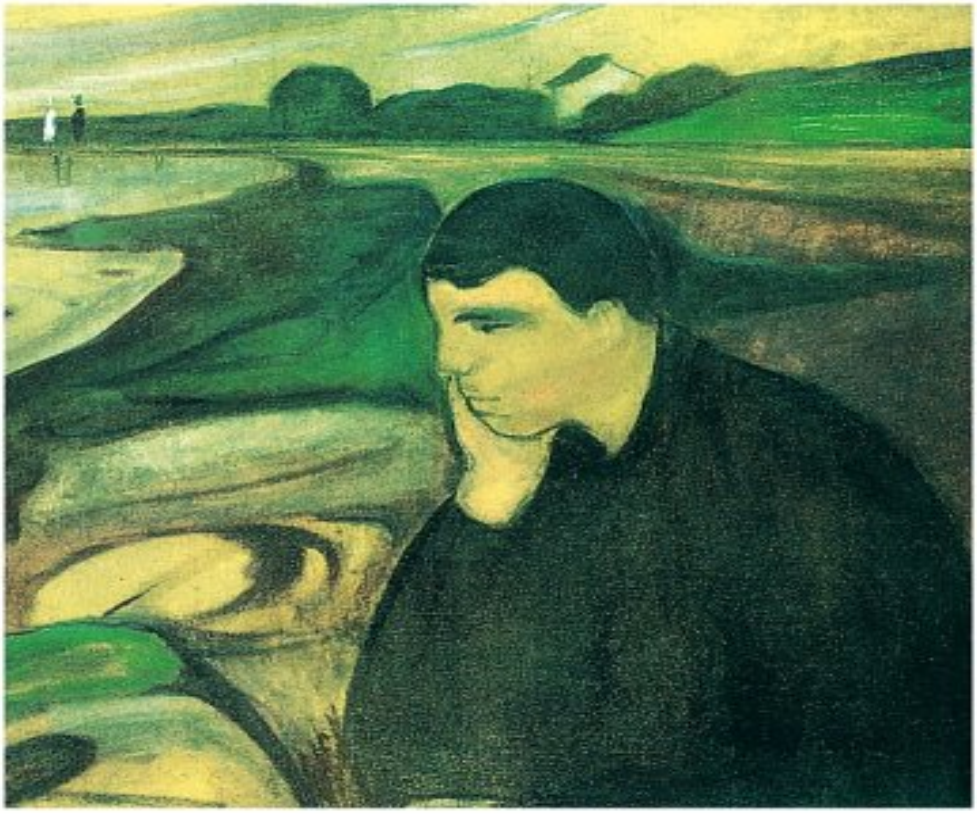
ALAIN EHRENBERG

LA FATIGUE D'ÊTRE SOI

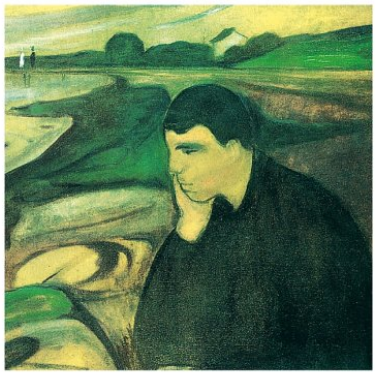


DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ

Odile Jacob

ALAIN EHRENBERG

LA FATIGUE D'ÊTRE SOI



DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ

Odile Jacob

ALAIN EHRENBERG

LA FATIGUE D'ÊTRE SOI

DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ

Odile Jacob

Ouvrage proposé par
Édouard Zarifian

© ODILE JACOB, 1998, FÉVRIER 2008
15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS

www.odilejacob.fr

ISBN : 978-2-7381-7531-1

Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 et 3 a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou réproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Ce document numérique a été réalisé par Nord Compo

Pour Pierre Chambat.
Pour Antonin, Jonathan et Judith.
À Corinne.

SOMMAIRE

Couverture

Titre

Copyright

Dédicace

Remerciements

Introduction - L'INDIVIDU SOUVERAIN OU LE RETOUR DE LA NERVOSITÉ

Rien n'est vraiment interdit, rien n'est vraiment possible

La dépression ou le déclin du conflit dans l'espace psychique

Le « déficit » et le « conflit », grille de lecture pour une histoire de la dépression

Première partie - UN SUJET MALADE

Quelle histoire de la dépression ?

Chapitre premier - GENÈSE DE LA CRÉATURE PSYCHIQUE

En quoi la maladie mentale est-elle une pathologie de la liberté ?

Mélancolie : de la grandeur d'âme au sentiment d'impuissance

Le réflexe ou la conscience dans la moelle épinière

Le choc de la neurasthénie ou la socialisation de l'esprit

Janet et freud : faiblesse ou culpabilité ?

Chapitre II - ÉLECTROCHOC : TECHNIQUE, HUMEUR ET DÉPRESSION

Médecine générale : malades imaginaires et impuissance thérapeutique

Guérir enfin ?

Un sujet affectivement malade

Cet « anxieux », ce « déprimé », cet « asthénique » est-il un petit mélancolique ?

Chapitre III - LA SOCIALISATION D'UNE PATHOLOGIE INDÉFINISSABLE

Une impossible définition

Apaiser l'agitation maniaque, redresser l'humeur dépressive

Aux confins de la personnalité que l'on est et de l'humeur que l'on a

Médecine générale : un chaos diagnostique

Deuxième partie - LE CRÉPUSCULE DE LA NÉVROSE

Crise de la dépression névrotique, changement dans la figuration du sujet

Chapitre IV - LE FRONT PSYCHOLOGIQUE : LA CULPABILITÉ SANS CONSIGNE

Ni fou ni paresseux : la vie intérieure n'est pas affaire de psychologie

La « culture psychologique », un mode de défense contre la dépression ?

Le grand débat : névrose ou dépression ?

L'homme compulsif : l'explosion des addictions

La contrepartie de la souveraineté individuelle

Chapitre V - LE FRONT MÉDICAL : LES VOIES NOUVELLES DE L'HUMEUR DÉPRESSIVE

Un pneu à regonfler et un anxieux à calmer

Quel antidépresseur pour quelle dépression ?

La bataille des classifications

Déclin des névroses, fin d'une psychiatrie ?

Troisième partie - L'INDIVIDU INSUFFISANT

L’action pathologique, deuxième changement dans la figuration du sujet

Chapitre VI - LA PANNE DÉPRESSIVE

Des dérèglements de l’humeur aux dérèglements de l’action

Une excellente conjoncture pour souffrir ?

Agir à tout prix : l’individu trajectoire

Chapitre VII - LE SUJET INCERTAIN DE LA DÉPRESSION ET L’INDIVIDUALITÉ FIN DE SIÈCLE

Le diabète mental

Une espèce en voie d’extension : les valides invalides

La sortie de la référence à la nature et à la maladie en psychiatrie

Le conflit en déclin, du psychique au politique

Conclusion - LE POIDS DU POSSIBLE

NOTES

DU MÊME AUTEUR

Remerciements

Claude Barazer, Pierre Chambat, Jacques Cloarec, Jacques Donzelot, Corinne Ehrenberg, Olivier Mongin, Édouard Zarifian et Patrick Zylberman ont bien voulu donner de leur temps pour critiquer différentes versions de ce manuscrit. Anne Lovell m'a fait quelques remarques bien utiles.

Nicole Phelouzat m'a offert un soutien documentaire remarquable et m'a aidé à améliorer ce manuscrit. Je voudrais également remercier Christophe Guias pour son travail éditorial.

« Le fruit le plus mûr de l'arbre est *l'individu souverain*, l'individu qui n'est semblable qu'à lui-même. »

Friedrich NIETZSCHE,

Généalogie de la morale
(1887).

« Le barbare, il faut bien l'avouer, n'a pas de peine à bien se porter, tandis que pour les civilisés, c'est là une lourde tâche. »

Sigmund FREUD,

Abrégé de psychanalyse
(1938).

« L'image revient sans cesse de l'homme en mouvement, sans guide, dont c'est l'honneur de penser, de parler sans céder au nihilisme. »

Claude LEFORT,

Écrire. À l'épreuve du politique
(1992).

Introduction

L'INDIVIDU SOUVERAIN OU LE RETOUR DE LA NERVOSITÉ

La dépression décline aujourd'hui les différentes facettes du malheur intime. Au cours des années 1940, elle n'est qu'un syndrome repérable dans la plupart des maladies mentales et ne fait l'objet d'aucune attention dans nos sociétés. En 1970, la psychiatrie montre, chiffres à l'appui, qu'elle est le trouble mental le plus répandu dans le monde, tandis que les psychanalystes perçoivent une nette croissance des déprimés parmi leur clientèle. Elle capte aujourd'hui le regard psychiatrique comme les psychoses il y a cinquante ans. C'est sa réussite médicale. Parallèlement, quotidiens et magazines la tiennent pour une maladie à la mode, voire pour le mal du siècle. La dépression s'est transformée en outil pratique pour définir nombre de nos malheurs et les alléger éventuellement par des moyens multiples. Or les mots anxiété, angoisse ou névrose auraient pu prétendre au même succès par la généralité des troubles qu'ils désignent. C'est sa réussite sociologique.

Pourquoi et comment la dépression s'est-elle imposée comme notre principal malheur intime ? Dans quelle mesure est-elle révélatrice des mutations de l'individualité à la fin du XX^{e} siècle ?

Telles sont les deux questions auxquelles s'attache cette exploration du continent dépressif.

La dépression est une zone morbide particulièrement privilégiée pour comprendre l'individualité contemporaine, à savoir les nouveaux dilemmes qui en sont le lot. Elle occupe en psychiatrie une position carrefour pour une excellente raison : hier comme aujourd'hui, les psychiatres ne savent pas la définir. Dès lors, elle autorise une rare plasticité d'usages. Le « choix » de la dépression résulte de la combinaison d'éléments internes à la psychiatrie et de changements normatifs profonds dans nos modes de vie. Elle n'est certes pas la première maladie à la mode. L'hystérie et, surtout, la neurasthénie ont connu, à la fin du XIX^e^ siècle, un succès analogue. L'histoire de la dépression n'est d'ailleurs pas sans lien avec ces deux pathologies. Les nerveux de la fin du XX^e^ siècle semblent atteints par un mal aussi insaisissable que l'hystérie. Nous jouerait-elle un de ses nouveaux tours ?

En 1898, un médecin pouvait écrire dans un ouvrage de vulgarisation : « Chacun sait aujourd'hui ce que veut dire le mot neurasthénie — c'est, avec le mot bicyclette, un des termes les plus usuels de ce temps[1]. » Il en va de même avec la dépression, et ce grâce au succès d'une médication fort célèbre. C'est donc par la molécule qu'il faut aborder les rivages de la question dépressive.

Dans le langage de tous les jours, Prozac[2] s'est substitué à antidépresseur comme Frigidaire à réfrigérateur ou Kleenex à mouchoir en papier. Comment un médicament en est-il venu à incarner à lui tout seul l'espoir, sans doute déraisonnable, mais aujourd'hui des plus compréhensibles, de se débarrasser de la souffrance psychique ? Aujourd'hui et non hier. Pour qu'un remède mental puisse incarner un tel fantasme, pour que se produise une telle rencontre entre une médication et des aspirations sociales, il a

fallu que ladite souffrance vienne progressivement occuper une place centrale dans nos sociétés. Le langage du for intérieur est à ce point entré dans nos usages que chacun l'emploie spontanément afin de dire quelque chose à propos de lui-même ou de l'existence : il fait corps avec nous.

La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même. Conséquence de cette nouvelle normativité, la responsabilité entière de nos vies se loge non seulement en chacun de nous, mais également dans l'entre-nous collectif. Cet ouvrage montrera que la dépression en est l'envers exact. Cette manière d'être se présente comme *une maladie de la responsabilité* dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance. Le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir lui-même.

Mais que signifie devenir soi ? La question n'est simple qu'en apparence. Elle soulève d'épineux problèmes de frontières : entre le permis et le défendu, le possible et l'impossible, le normal et le pathologique. L'intime, aujourd'hui, joue des rapports instables entre culpabilité, responsabilité et pathologie mentale.

Cette enquête est le troisième volet d'un travail visant à dessiner les contours de l'individu contemporain, c'est-à-dire le type de personne qui s'institue au fur et à mesure que nous sortons de la société de classes, du style de représentation politique et de régulation des conduites qui lui était attaché. Une première recherche tendait à montrer comment la montée en puissance des valeurs de la concurrence économique et de la compétition sportive

dans la société française avait propulsé un individu-trajectoire à la conquête de son identité personnelle et de sa réussite sociale, sommé de se dépasser dans une aventure entrepreneuriale. Un second travail décrivait comment cette conquête s'accompagnait d'un souci inédit pour la souffrance psychique. Deux problèmes relevant des pratiques de masse étaient passés au crible : les mises en scène de soi avec les programmes télévisuels où des vies ordinaires se donnent en pâture, les techniques d'action sur soi avec les psychotropes qui stimulent l'humeur et multiplient les capacités individuelles sur le mode du dopage en sport [3].

Une enquête sur l'histoire de la notion psychiatrique de dépression s'est ensuite imposée parce que le débat public tend depuis peu à rapprocher confusément médicaments psychotropes, qui traitent les pathologies mentales, et drogues illicites, qui modifient nos états de conscience. La différence entre les deux classes de psychotropes n'est plus aussi nette que la médecine le pensait (à juste titre) dans les années 1950, période au cours de laquelle sont découverts les médicaments de l'esprit. Il nous faudra de plus en plus vivre avec des psychotropes améliorant l'humeur, augmentant la maîtrise de soi et adoucissant peut-être les chocs de l'existence : autant prendre la mesure du mode de vie qu'ils révèlent.

Le succès médical et sociologique de la notion de dépression ne va en effet pas sans poser problème, comme en témoignent les polémiques confuses *et* décisives sur le Prozac : au bonheur sur ordonnance répond la chimie du désespoir ; à la médicalisation du mal-être s'oppose la dépression en tant qu'authentique maladie ; à la publicité faisant l'éloge d'un médicament miracle répond la contre-publicité d'une drogue sans toxicité ni risque de dépendance. La

médicalisation de la vie est un phénomène général, mais elle semble poser des problèmes particuliers en psychiatrie.

L'ambivalence du Prozac ne tient pas à ce qu'il soit, comme tout médicament, remède et poison : on ne meurt pas d'une sur-dose de cet antidépresseur, alors que la dose létale est vite atteinte avec l'aspirine qui s'avère largement plus dangereuse. Nous en prenons bien en permanence pour alléger des symptômes de douleur, pourquoi devrait-il en être autrement avec un antidépresseur, à condition qu'il soit sans danger ? En suscitant l'espoir de surmonter toute souffrance psychique parce qu'ils stimuleraient l'humeur de personnes qui ne sont pas « véritablement » déprimées, la nouvelle classe d'antidépresseurs confortables, dont Prozac est le chef de file, incarne, à tort ou à raison, la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental pour être mieux que soi. On ne distinguerait plus se soigner de se droguer. Dans une société où les gens prennent en permanence des substances psychoactives qui agissent sur le système nerveux central et modifient ainsi articiellement leur humeur, on ne saurait plus ni *qui est soi-même* ni même *qui est normal*. Le « qui » apparaît comme le terme clé parce qu'il désigne le lieu où il y a un sujet. Assisterait-on à son éclipse ?

En effet, un lourd soupçon s'est manifestement installé : un bien-être artificiel prendrait insidieusement la place de la guérison. S'ensuit une série de questions non résolues. La souffrance est-elle utile ? et si oui, à quoi ? Allons-nous vers une société de confortables dépendances dans laquelle chacun prendra au quotidien sa pilule psychotrope ? Ne fabrique-t-on pas des hypocondriaques en masse ? Peut-on encore distinguer entre les malheurs et les frustrations de la vie ordinaire, et la souffrance pathologique ? Faut-il le faire ? Question des plus délicates, car elle suppose une distinction stable entre ce qui relève d'une « maladie »

et ce qui n'en relève pas. Si la déontologie médicale contraint moralement le médecin à soulager la souffrance, même quand il ne peut guérir une maladie, pourquoi devrait-il en aller autrement en matière de souffrance psychique ?

Posé de cette manière, le problème reste obscur. Il faut donc dépasser les polémiques sur le traitement médicamenteux de la dépression par une mise en perspective historique.

Explorer les modes d'institution de la personne en suivant les avatars de la notion psychiatrique de dépression à partir des années 1940, moment où commence son histoire contemporaine avec l'usage de l'électrochoc, apportera quelques éclaircissements. Les transformations de la notion de personne sont un aspect de l'histoire de la démocratie. Elles concernent ses mœurs, ce que Montesquieu appelle l'esprit général d'une société : « Les lois sont établies, les mœurs sont inspirées ; celles-ci tiennent plus à l'esprit général, celles-là tiennent plus à une institution particulière [4]. »

Deux hypothèses sont ici proposées : la première porte sur la place prise par la dépression à la faveur des transformations normatives qu'a connues la société française depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, la seconde sur le rôle joué par la dépression dans les mutations de l'individualité pathologique en psychiatrie au cours de la même période. Ces deux hypothèses sont construites en fonction d'une grille d'interprétation dont les grandes lignes seront ensuite indiquées.

Rien n'est vraiment interdit, rien n'est vraiment possible

Les années 1960 ont ébranlé préjugés, traditions, entraves, bornes qui structuraient la vie de chacun. Les débats politiques, les bouleversements juridiques provoqués par ces changements sont les signes apparents d'un séisme profond. Nous sommes émancipés au sens propre du terme : l'idéal politique moderne, qui fait de l'homme le propriétaire de lui-même et non le docile sujet du Prince, s'est étendu à tous les aspects de l'existence. L'individu souverain, qui n'est semblable qu'à lui-même, dont Nietzsche annonçait la venue, est désormais une forme commune de vie.

C'est à ce point précis que l'on se méprend d'ordinaire à propos de l'individu. D'aucuns se contentent un peu légèrement de se lamenter sur la trop fameuse perte des repères de l'homme moderne, l'affaiblissement consécutif du lien social, la privatisation de l'existence qui en serait la cause, et le déclin de la vie publique la conséquence. Ces stéréotypes nous ramènent à des pleurnicheries sur le bon vieux temps. Illusions rétrospectives ! Querelles théologiques ! N'avons-nous rien gagné à cette liberté nouvelle ? Nous sommes bien plus confrontés à la confusion entre repères multiples qu'à leur perte (des nouvelles sagesses, philosophiques ou religieuses, aux programmes télévisuels destinés à donner du sens). L'offre accrue de repères n'est-elle d'ailleurs pas une condition sans laquelle cette liberté ne pourrait tout simplement pas exister ? Plutôt qu'à un déclin du public, nous avons affaire aux transformations des références politiques et des modes d'action publique qui se cherchent dans le contexte de l'individualisme de masse et de l'ouverture des sociétés nationales. Voulons-nous retourner dans l'étouffoir disciplinaire ? Plus encore, comment ferions-nous ? Il est temps d'aborder avec un minimum de sens historique et pratique la question de l'émancipation au lieu de s'apitoyer sur la souffrance qui désormais exsude de partout.

Cette souveraineté nouvelle ne nous rend pas tout-puissants ou libres de faire ce qui nous convient, elle ne signe pas le règne de l'homme privé. C'est là l'illusion individualiste même qui ne veut pas « convenir, selon Claude Lefort, que l'individu se dérobe à lui-même en se rapportant à lui-même, qu'il est aux prises avec son inconnu(e)[5] ». Deux modifications fondamentales portant sur la place de la loi et celle de la discipline accompagnent cette souveraineté.

Le séisme de l'émancipation a d'abord bouleversé collectivement l'intimité même de chacun : la modernité démocratique — c'est sa grandeur — a progressivement fait de nous des hommes sans guide, nous a peu à peu placés dans la situation d'avoir à juger par nous-mêmes et à construire nos propres repères. Nous sommes devenus de purs individus, au sens où aucune loi morale ni aucune tradition ne nous indiquent du dehors qui nous devons être et comment nous devons nous conduire. De ce point de vue, le partage permis-défendu, qui normait l'individualité jusqu'aux années 1950-1960, a perdu de son efficacité. Le souci inflationniste pour le rappel de la loi, l'impérieuse nécessité de nouvelles références structurantes et de « limites-à-ne-pas-dépasser » trouvent là leur ressort. Le droit de choisir sa vie et l'injonction à devenir soi-même placent l'individualité dans un mouvement permanent. Cela conduit à poser autrement le problème des limites régulatrices de l'ordre intérieur : le partage entre le permis et le défendu décline au profit d'un déchirement entre le possible et l'impossible. L'individualité s'en trouve largement transformée.

Parallèlement à la relativisation de la notion d'interdit, la place de la discipline dans les modes de régulation de la relation individu-société s'est réduite. Ceux-ci ont moins recours à l'obéissance disciplinaire qu'à la décision et à l'initiative personnelles. Au lieu

que la personne soit *agie* par un ordre extérieur (ou une conformité à la loi), il lui faut prendre appui sur ses ressorts internes, recourir à ses compétences mentales. Les notions de projet, de motivation, de communication sont aujourd'hui des normes. Elles sont entrées dans nos mœurs, elles sont devenues une habitude à laquelle, du haut en bas de la hiérarchie sociale, nous avons appris à nous adapter plus ou moins bien. Les acteurs publics et privés s'appuient sur ces notions ; on en use autant dans la gestion des entreprises que dans les politiques de réinsertion.

Faute d'intégrer dans notre réflexion ces transformations normatives, nous ne pourrons comprendre combien ont changé les relations aux inégalités, aux formes de domination et au politique. La mesure de l'individu idéal est moins la docilité que l'initiative. Ici réside l'une des mutations décisives de nos formes de vie, parce que ces modes de régulation ne sont pas un choix que chacun peut faire de manière privée, mais une règle commune, valable pour tous[6] sous peine d'être mis en marge de la socialité. Ils tiennent à « l'esprit général » de nos sociétés, ils sont *les institutions du soi*[7].

D'où une première hypothèse : la dépression nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne, car elle est la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative. Hier, les règles sociales commandaient des conformismes de pensée, voire des automatismes de conduite ; aujourd'hui, elles exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. L'individu est confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi : le déprimé est un homme en panne. Le déplacement de la culpabilité à la responsabilité ne va pas sans brouiller les rapports entre le permis et le défendu.

Laboratoire des ambivalences d'une société dans laquelle l'homme de masse est son propre souverain, la dépression est instructive au sens où elle rend visible ce double changement des contraintes structurant l'individualité : du côté intérieur, elles ne se montrent plus dans les termes de la culpabilité ; du côté extérieur, elles ne s'imposent plus dans les termes de la discipline.

Du point de vue d'une histoire de l'individu, peu importe qu'elle désigne un mal de vivre ou une vraie maladie : la dépression a ceci de particulier qu'elle marque l'impuissance même de vivre, qu'elle s'exprime par la tristesse, l'asthénie (la fatigue), l'inhibition ou cette difficulté à initier l'action que les psychiatres appellent « le ralentissement psychomoteur » : le déprimé, happé par un temps sans avenir, est sans énergie, englué dans un « rien n'est possible ». Fatigués et vides, agités et violents, bref, nerveux, nous mesurons dans nos corps le poids de la souveraineté individuelle. Déplacement décisif de la lourde tâche à bien se porter qui, selon Freud, est le lot du civilisé.

La dépression ou le déclin du conflit dans l'espace psychique

Le déplacement de la culpabilité à la responsabilité peut parfaitement être repéré en psychiatrie à condition de s'équiper d'une grille de lecture adéquate. Mais il faut d'abord formuler la seconde hypothèse.

L'individualisme en démocratie a cette singularité de reposer sur un double idéal : être une personne par soi-même — un individu — dans un groupement humain qui tire de lui-même la signification de son existence — une société. Nous ne sommes plus

guidés par le religieux ni soumis à un souverain qui décide pour tous. Deux notions les ont remplacés, celle d'intériorité et celle de conflit.

Dans les sociétés démocratiques, l'esprit, plus encore que le corps, est l'objet de controverses interminables. Quelles que soient les avancées ou les découvertes des sciences biologiques, elles restent inaptes à mettre fin à la querelle sur l'esprit. Pas plus qu'en philosophie il n'y a aujourd'hui d'accord en neurobiologie[8]. Ces controverses s'imposent parce que nos croyances fondamentales sont ici en jeu. Au lieu d'une âme inséparable de la notion de péché, une nouvelle catégorie désigne le dedans de la personne : l'esprit, la psyché, le mental, bref, l'intériorité, cachée, dissimulée, mais manifestant son existence par des signes multiples. Sacrée comme l'âme, c'est un tabou pour les modernes qui ne peuvent la manipuler sans risque. L'intériorité est une fiction qu'ils ont fabriquée pour dire ce qui se passe à l'intérieur d'eux-mêmes. Mais cette fiction est aussi une vérité : nous y croyons comme d'autres croient en la métempsycose ou au pouvoir magique des ancêtres.

L'institutionnalisation du conflit permet la confrontation libre des intérêts contradictoires et l'obtention de compromis acceptables. Elle est la condition de la démocratie dans la mesure où elle permet de représenter sur une scène — politique — la division du social. De même, la conflictualité psychique est la contrepartie de l'autofondation qui caractérise l'individualité moderne. La notion de conflit est le moyen de maintenir un écart entre ce qui est possible et ce qui est permis. L'individu moderne est en guerre avec lui-même : pour être relié à soi, il faut être séparé de soi. Du politique à l'intime, la conflictualité est le noyau normatif du mode de vie démocratique.

De là, une deuxième hypothèse : le succès de la dépression repose sur *le déclin de la référence au conflit* sur laquelle s'est construite la notion de sujet que la fin du XIX^e^ siècle nous a léguée. L'identification des notions de conflit et de sujet s'est faite avec l'invention de « la psychonévrose de défense » par Freud. Cet essai voudrait montrer que l'histoire psychiatrique de la dépression est caractérisée par la difficulté à en définir le sujet[9].

Une autre difficulté à propos du « sujet » se voit dans un domaine voisin, celui des addictions ou des dépendances. Les psychiatres l'enseignent, l'addiction est un moyen de lutter contre la dépression : elle *abrase les conflits* par un comportement compulsif. Or addiction et dépression sont des thèmes qui se diffusent ensemble à partir des années 1970. L'une comme l'autre sont les manifestations d'une difficulté symbolique avec les notions de loi et de conflit.

Les addictions incarnent l'impossibilité d'une prise complète de soi sur soi : le drogué est l'esclave de lui-même, qu'il dépende d'un produit, d'une activité ou d'une personne. Sa capacité à faire sujet et, ce qui revient au même, à faire société est en cause. Il se trouve dans un rapport « impossible » à la loi. La liberté de mœurs, soit le déclin de la polarité permis/défendu, et le dépassement des limites qu'imposait la nature à l'humain, grâce aux progrès des sciences biologiques et de la pharmacologie, font que tout devient *concrètement* possible. Pour cette raison, le drogué est aujourd'hui la figure symbolique employée pour définir les visages d'un anti-sujet. C'était le fou qui occupait autrefois cette place. Si la dépression est l'histoire d'un introuvable sujet, l'addiction est la nostalgie d'un sujet perdu.

Comme la névrose guettait l'individu divisé par ses conflits, déchiré par un partage entre ce qui est permis et ce qui est défendu,

la dépression menace un individu apparemment émancipé des interdits, mais certainement déchiré par un partage entre le possible et l'impossible. Si la névrose est un drame de la culpabilité, la dépression est une tragédie de l'insuffisance. Elle est l'ombre familière de l'homme sans guide, fatigué d'entreprendre de devenir seulement lui-même et tenté de se soutenir jusqu'à la compulsion par des produits ou des comportements.

De la névrose à la dépression et à l'addiction, j'explorerai la façon dont nous sommes passés d'une expérience collective de nous-mêmes à une autre, je tenterai de suivre quelques mutations de la subjectivité à travers celles de ses pathologies.

Le « déficit » et le « conflit », grille de lecture pour une histoire de la dépression

La constitution de la notion de névrose à la fin du XIX^e^ siècle offre cette grille de lecture éclairant les déplacements de la culpabilité à la responsabilité. À la conception de Freud s'oppose celle de son grand concurrent : Pierre Janet. L'affaire est bien connue des historiens de la psychiatrie et de la psychanalyse. Freud et Janet ont modernisé la vieille nervosité en créant la notion du psychique ; ils ont rendu acceptable l'idée que l'esprit peut être malade sans qu'il y ait besoin d'une cause organique et ont « inventé » la psychothérapie en intégrant la vieille hypnose des charlatans dans la science médicale. Leurs oppositions sont notoires, mais j'en isole une parce qu'elle permet, me semble-t-il, d'interpréter les métamorphoses de la dépression en les reliant à celle de l'individualité. Freud pense la

névrose à partir du conflit alors que Janet se réfère à un déficit ou à une insuffisance. S'il existe indubitablement un sujet de ses conflits, car le patient est considéré comme un agent, c'est beaucoup moins évident pour le déficit.

Cette étude historique sur la dépression se déroulera en trois temps. L'alliance subtile entre le déficit et le conflit fournira à la psychiatrie la référence pour traiter la dépression d'un sujet malade, paradigme de départ de la dépression contemporaine (première partie). Lorsque cette alliance se brisera au cours des années 1970, la névrose amorcera son déclin. La dépression sortira du champ médical sans qu'aucune innovation pharmacologique ne soit le vecteur de son expansion, mais dans un contexte où l'émancipation conduit à un changement de place de l'interdit, la culpabilité se dissimulant sous la montée de la responsabilité. Elle devient une maladie à la mode bien avant que ne soient lancés les antidépresseurs de type Prozac, bien avant aussi que notre société ne succombe au pessimisme d'aujourd'hui. La dépression apparaîtra non comme une pathologie du malheur, mais comme une pathologie du changement, celle d'une personnalité qui cherche à être seulement elle-même : l'insécurité intérieure sera le prix de cette « libération » (deuxième partie). À partir des années 1980, la dépression entre dans une problématique où dominent non pas tant la douleur morale que l'inhibition, le ralentissement et l'asthénie : l'ancienne passion triste se transforme en une panne de l'action, et cela dans un contexte où l'initiative individuelle devient la mesure de la personne. La notion de guérison entre parallèlement en crise à mesure que la dépression est redéfinie comme une maladie chronique sur le modèle du diabète. Mais parce qu'il s'agit d'esprit, cette chronicité conduit à une interrogation identitaire qui n'existait pas au cours des années 1960 : drogue ou médicament ? La

dépression et l'addiction dessinent alors l'envers de l'individu de la fin du XX^{e} siècle.

Note sur la démarche

Le mot clé de cette démarche est : éclaircissement. Elle consiste à mettre en relief les arguments contradictoires qui ont forgé l'image savante et populaire de la dépression. L'intention critique est donc politique. Elle vise moins une vérité scientifique qu'une contribution au débat public, elle cherche moins à juger qu'à comprendre. La critique sociale doit être à la fois *réaliste* en décrivant des mondes vraisemblables, *prescriptive* en évaluant des mondes vivables, et *politique* en proposant des démarches intellectuelles qui rendent l'action possible.

La dépression, comme toute pathologie mentale, ne fait pas partie des maladies assignables dans une partie du corps humain. Pour qui s'intéresse à l'histoire ou à l'anthropologie des catégories psychiatriques et des troubles mentaux, un double écueil en résulte : un penchant positiviste en sciences de la vie réduisant ces troubles à de purs dérèglements biologiques ; un penchant relativiste en sciences sociales ne prenant pas en compte la dimension biologique de l'humain et dissolvant la réalité de la pathologie dans des fonctions purement sociales (étiqueter une déviance, gérer certains désordres ou contrôler des comportements inadéquats). Le sociologue se contente trop souvent d'aborder ces questions en termes de médicalisation du mal-être[10] ou de psychologisation des rapports sociaux. Ces deux penchants sont sans doute un aspect non négligeable de la difficulté à penser la place *sociale* de la notion de psychique dans nos sociétés.

Comment apprendrions-nous que souffrir, c'est ceci ou cela si nous n'avions pas les mots pour le dire ? Or la psychiatrie fournit précisément ce langage parce qu'elle est la seule spécialité médicale chargée du domaine de la personne pathologique. Si la dimension psychologique peut avoir une importance en dermatologie ou en cancérologie, la psychiatrie est un système de pratiques normées dont l'objet est l'individualité pathologique. Elle est un savoir privilégié pour observer comment les relations individu-société se transforment simultanément. D'où l'insistance de ce travail non sur les pratiques psychiatriques, mais sur le raisonnement psychiatrique, c'est-à-dire sur le type d'expérience de la personne qu'il perçoit et signale.

La psychiatrie ne peut déchiffrer avec certitude les signes morbides sur le corps du malade, dans son sang ou dans ses urines, la caractéristique d'un trouble mental étant qu'il désigne un sentiment, une émotion ou une image de soi. Toute l'histoire de cette discipline est traversée par une lancinante interrogation : comment objectiver le subjectif ? La psychiatrie se trouve dans une situation particulière : lorsqu'elle découvre la cause d'une pathologie mentale, comme ce fut le cas pour l'épilepsie, c'est que celle-ci n'était pas mentale. La psychiatrie traite généralement de pathologies dont la cause, ou le motif, ne peut faire consensus[11]. Le travail du clinicien consiste à interpréter symptômes et syndromes[12] non pour distinguer le normal du pathologique, mais en vue d'un diagnostic[13]. Pourtant, cette distinction est obsédante aujourd'hui. Il faut moins y voir une insuffisante réflexion clinique, comme on pourra le constater dans cet ouvrage, qu'une conséquence pratique du caractère symbolique attaché à la notion d'intériorité dans la modernité. Les désaccords sur les causes, les définitions et les traitements des pathologies, les incertitudes qui accompagnent

l'histoire du raisonnement psychiatrique[14] sont particulièrement révélateurs des transformations de la personne. Il faut respecter ces difficultés en reconstituant leur cohérence.

La démarche suivie dans cet ouvrage a donc été de comprendre comment les psychiatres formulent les problèmes et quelles solutions ils leur apportent à travers leurs controverses. Une des particularités de la dépression est qu'aucun grand nom, aucune œuvre clé n'y sont attachés au contraire de la monomanie (Esquirol), de l'hystérie (Charcot, Janet et Freud), de la psychose maniaco-dépressive (Kraepelin), de la schizophrénie (Bleuler). Il a donc fallu manier un corpus aux multiples aspects pharmacologiques, cliniques, épidémiologiques, nosographiques, neurobiologiques, etc. Une grande partie des thèmes examinés ici ne sont qu'explorés faute de travaux sur l'histoire de la psychiatrie française au XX^e^ siècle.

Cette enquête s'est appuyée sur une revue de la littérature psychiatrique française à partir des années 1930-1940 ainsi que sur un sondage dans les travaux anglo-américains[15]. *La Revue du praticien*, qui joue un rôle de formation permanente pour les généralistes, à partir du premier article sur les antidépresseurs en 1958, deux magazines féminins et un hebdomadaire ont été consultés[16]. Il a alors été possible d'établir des relations entre trois niveaux : débats internes à la profession psychiatrique, type d'expertise qu'elle fournit à la médecine générale et problèmes que celle-ci rencontre, manière dont le grand public a été initié à une grammaire de la vie intérieure, indiquant les règles permettant que se formule une demande sociale. Cette enquête ne traite donc pas des pratiques de la dépression, mais des conceptions, des manières de raisonner et des modèles de maladie en médecine mentale. Ainsi mis en scène pour mieux faire ressortir la multitude d'aspects à la

fois hétérogènes et contradictoires qui façonnent une pathologie mentale, les textes permettront peut-être au lecteur de prendre une vue d'ensemble tout en respectant la complexité de la chose psychiatrique.

PREMIÈRE PARTIE

UN SUJET MALADE

« La sculpture antique cherchait la logique du corps, Rodin cherche la psychologie du corps. L'essence de la modernité est somme toute le psychologisme, le fait d'éprouver le monde et de lui donner sens comme monde intérieur, conforme aux réactions de notre intériorité ; c'est la dissolution des contenus stables dans le flux de l'âme, indépendante et purifiée de toute substance, et qui n'a pour forme que les formes de ses mouvements. »

Georg SIMMEL,

« Rodin », 1923.

« Si à la limite la narco-analyse est un médicament psychologique, c'est-à-dire une chimiothérapie, à l'autre limite elle est une médication psychologique au sens où l'entendait Pierre Janet, c'est-à-dire une psychothérapie. »

Jean DELAY,

Études de psychologie médicale, 1953.

Quelle histoire de la dépression ?

L'objectif est fixé : comprendre quelques mutations de l'individu au cours de la seconde moitié du XX^e^ siècle. Quelle histoire de la dépression construire en fonction de cette visée ?

Commençons par tourner les pages consacrées à l'histoire de la dépression dans un traité de psychiatrie : à l'origine, la mélancolie dont la longue histoire commence dans l'Antiquité grecque. Elle se caractérise par une douleur morale dont l'aspect le plus manifeste est la tristesse *(acedia)*. On trouve ensuite le délire *(mania)*, que la chrétienté tenait pour une possession démoniaque et que l'aliénisme naissant a transformé en une maladie de la raison au XVIII^e^ siècle. Puis, un double constat critique est fait par les psychiatres contemporains. Premièrement, la psychiatrie de la première moitié du XIX^e^ siècle leur apparaît intellectualiste : l'aliénation mentale est une maladie du jugement ou de l'entendement, car le fou déraisonne. Cet intellectualisme ne permet pas de voir que le délire est la manifestation d'une profonde souffrance de type affectif, une manière pour le fou de mettre des mots — délirants — pour interpréter cette douleur.

Deuxièmement, leur critique est nosographique : la folie est, au début du XIX^e^ siècle, une maladie unique composée de multiples symptômes. Elle s'oppose à l'état de raison. Ce concept est trop général pour diagnostiquer des maladies spécifiques : de même qu'il n'y a pas une maladie du corps, il ne saurait exister une seule

maladie de l'esprit. Les aliénistes décomposent cette unicité, démembrent la folie en plusieurs maladies mentales d'où ressortent deux groupes de psychoses. La mélancolie, considérée comme la source la plus ancienne de la dépression, voit sa définition se stabiliser au cours des années 1830 sur un « délire partiel » et une « douleur morale ». À partir des années 1850-1860, la notion d'une folie circulaire ou à double forme caratérisée par des phases d'agitation maniaque et des phases d'effondrement dépressif est repérée en France. Le psychiatre munichois Emil Kraepelin la définit à la fin du siècle par le qualificatif de psychose maniaco-dépressive, dans laquelle il inclut la mélancolie. Une deuxième folie, dont l'aspect le plus apparent est le délire, résulte d'une dissociation de la personnalité. Elle est dénommée schizophrénie par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1911. Parallèlement, à partir du dernier tiers du XIX^{e} siècle, des douleurs morales hétéroclites sont définies en négatif par rapport à la folie : elles sont à la fois moins graves et dépourvues de délires ou d'hallucinations. On les appelle, selon les cas, neurasthénie, psychasthénies, cœur irritable, etc. Le terme névrose regroupe ces troubles disparates : ils sont fonctionnels, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de causes organiques. Les types asthéniques de névrose sont regardés comme la deuxième source de la dépression.

Les traités de psychiatrie notent que l'entre-deux-guerres est la période de stabilisation de ces grands ensembles morbides. Ils évoquent également les techniques de choc inventées à l'époque, tout en soulignant le caractère rudimentaire de cet appareillage thérapeutique. L'électrochoc, comprendra-t-on rapidement, possède une efficacité certaine sur la mélancolie. Nous avons là la préhistoire canonique de la dépression. L'affaire deviendrait plus

sérieuse après la Seconde Guerre mondiale avec la découverte des médicaments de l'esprit.

Le rôle crucial de l'invention des neuroleptiques (1952) pour les transformations de la clinique psychiatrique et le démarrage des recherches en neurobiologie a déjà été largement souligné. Les choses seraient simples : la psychiatrie y a gagné ses galons de médecine tout en étant satellisée par les neurosciences qui fournissent les bases scientifiques à ses modèles cliniques, la psychanalyse ne l'ayant concurrencé, en France du moins, que lors de sa période de gloire, des années 1960 à la fin des années 1970. Les neuroleptiques ont permis d'apaiser l'angoisse extrême des psychotiques et de faire reculer leur délire : ils auraient mis fin au mythe de l'incurabilité. L'invention des antidépresseurs (1957) offre une thérapeutique efficace pour des troubles disparates, aux définitions diverses, situés à la frange de la psychiatrie, qui peuplaient les cabinets des médecins généralistes. Cette invention permet de regrouper ces troubles sous l'appellation « dépression ». Quant à la neurobiologie, les choses seraient aussi fort simples : l'invention de ces substances a fait faire un bond en avant à la recherche. Elle a permis de connaître les mécanismes de transmission de l'information dans le système nerveux, grâce en particulier à la découverte des récepteurs neuronaux. Sa conséquence scientifique majeure est d'avoir fait progresser l'étiopathogénie, c'est-à-dire la compréhension des mécanismes par lesquels des causes (qui restent inconnues) déclenchent des syndromes ou des maladies. La clinique psychiatrique autant que la recherche biologique illustrent l'aphorisme d'Hippocrate : « C'est en définitive le traitement qui révèle la nature des maladies. » Parce qu'il agit efficacement sur une forme morbide, le traitement permet

de dire : « Ceci est une maladie. » C'est ce que la médecine appelle « l'épreuve thérapeutique ».

Cette reconstruction historique fait une part trop belle aux innovations techniques. L'explication par l'épreuve thérapeutique ne suffit pas, et cela pour au moins deux raisons : la première concerne le statut de l'anxiété, la seconde les prises en charge thérapeutiques des pathologies mentales.

L'invention des anxiolytiques modernes (les benzodiazépines en 1960) n'a pas créé une maladie ou un syndrome que l'on aurait par exemple appelé anxiopathie et qui occuperait une place analogue à celle de la dépression. Si l'expression « maladie dépressive » est aujourd'hui couramment employée (et contestée), celle de maladie anxieuse ne l'est pas. L'anxiété est restée plus proche de la notion de symptôme que la dépression, sauf dans quelques cas. Ainsi, depuis 1980, la névrose d'angoisse a-t-elle été divisée en deux catégories : l'attaque de panique et le trouble anxiété généralisée (le TAG). Ces deux syndromes ont rapidement basculé dans le champ des troubles dépressifs parce qu'ils sont mieux traités, paraît-il, par les antidépresseurs que par les anxiolytiques. Plus encore, la dépression a gagné du terrain en absorbant d'autres « troubles anxieux », pour employer la terminologie en vigueur, grâce à l'invention de nouvelles catégories psychiatriques : la dysthymie et l'anxiodépressif[17]. L'angoisse est aujourd'hui un aspect du continent dépressif. Les anxiolytiques ont certes fait l'objet de polémiques à partir du début des années 1980 en France[18], mais les psychiatres s'accordent pour les considérer comme des médications agissant essentiellement sur les symptômes. Il en va autrement de la dépression : innombrables sont les articles rappelant qu'elle est une authentique maladie, sa gravité se mesurant non seulement à son coût pour la protection sociale,

mais aussi et surtout au risque de suicide qu'elle entraînerait bien souvent. C'est pourquoi le traitement chimique est désormais recommandé pour tous les types de dépression et cela quel que soit leur degré d'intensité — soit jusqu'à des états dépressifs dits subsyndromiques.

De là un deuxième argument mettant en cause la faveur dont jouit l'explication par le progrès technique ou scientifique. Cette recommandation aurait été rendue possible par la réduction progressive de la toxicité des antidépresseurs, le confort qu'ils offrent aux patients et la simplification croissante de leur maniement. En résulteraient abus de prescriptions, détournements d'usages, etc. Pourtant, leur invention et leur diffusion ne contenaient pas par avance ce programme implacable. En France, des années 1940 au début des années 1970, les psychiatres ne pensent pas qu'on puisse soigner un état dépressif sans se demander dans quelle mesure cet état résulte de conflits intrapsychiques. La découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs suscite rapidement un consensus : une chimiothérapie est efficace à condition d'être combinée à une psychothérapie. C'est le grand *credo* français des années 1950 et 1960. Il dynamise le développement des deux types d'approche.

Cette histoire est moins fausse que peu située d'un point de vue interprétatif. Ainsi l'opposition chimiothérapie-psychothérapie importe-t-elle bien moins que la formulation de leurs compositions et de leurs usages. Certes, mélancolie, neurasthénie et psychasthénie, autrement dit, passion triste et comportement ralenti ou fatigué, sont les deux sources de la dépression. Mais il ne suffit pas de dire que celle-ci résulte d'un mélange de celles-là. Si l'histoire de la dépression depuis les années 1940 est intimement liée aux progrès de la pharmacologie, elle est loin de s'y réduire. Ainsi est-

elle fort différente en France et aux États-Unis. Il y a une métaphysique française du Sujet étrangère au monde anglo-américain et parfaitement repérable dans le domaine qui nous occupe[19]. Il faut donc combiner une histoire culturelle et une histoire technique de la psychiatrie, surtout depuis que celle-ci dispose de moyens biologiques d'agir sur les pathologies.

Le chapitre premier en présente le cadre général. En synthétisant le parcours historique qui a rendu crédible l'idée d'une souffrance « psychique » au cours du XIX^e^ siècle, ce chapitre met en place les notions qui seront utilisées par la suite. On abordera ensuite l'âge classique de la dépression, celle du « sujet malade » (chapitre II). Une technique de soin à la réputation fâcheuse l'inaugure : l'électrochoc — et non les antidépresseurs, qui verront le jour vingt ans plus tard en 1957. L'électrochoc est la baguette magique qui ouvre la cage de fer dans laquelle était enfermé le mélancolique. Les spectaculaires décharges électriques, qui secouent le corps des malades, brisent leur accablement et leur redonnent miraculeusement goût à la vie. Mais guérit-il les asthéniques, les douteurs, les inhibés, les anxieux et autres névrosés dont les symptômes ressemblent à une petite mélancolie ? Voilà bien une question qui va agiter les milieux psychiatriques sans qu'aucun consensus ne se dégage. L'électrochoc est également inaugural en un sens plus décisif : il ouvre des débats nosographiques, diagnostiques et thérapeutiques que l'invention des antidépresseurs prolongera tout au long des années 1960 (chapitre III). Ils se logeront dans la niche de controverses suscitées par cette technique… et n'y mettront pas fin. Mais ils amorceront un processus de socialisation de la dépression avec l'entrée en scène de la médecine générale et l'ébauche d'une attention nouvelle à l'intimité. Une offre de soin, un

langage pour dire les souffrances intimes, des industriels qui fournissent les molécules, tout cela concourt à la formulation progressive d'une demande multiforme de la part du public.

CHAPITRE PREMIER

GENÈSE DE LA CRÉATURE PSYCHIQUE

Lors de la conférence d'ouverture du premier colloque tenu en France sur les états dépressifs à Sainte-Anne en novembre 1954, un nom vient à la bouche de l'orateur : Pierre Janet. « Au début du siècle, déclare le Dr Julien Rouart, on insistait sur certaines dépressions névrotiques aujourd'hui quelque peu oubliées, comme la neurasthénie, et Pierre Janet fondait toute sa théorie de la psychasthénie sur la notion d'une "baisse de la tension psychologique". En fait, [...] les dépressions névrotiques s'opposaient aux psychotiques comme une faiblesse de constitution à une maladie[20]. » Asthénies, baisse, faiblesse : l'état dépressif est une insuffisance. Freud, les psychanalystes l'ont largement souligné depuis, a peu écrit sur la dépression[21] : l'angoisse est au centre de son attention. Y aurait-il une opposition entre l'angoisse et l'insuffisance ? En effet, la frontière de la culpabilité sépare leurs territoires respectifs. Freud a joué un rôle pivot dans l'histoire de l'homme coupable, et Janet dans celle de l'homme insuffisant.

D'anciennes questions philosophiques portant sur le statut de l'esprit et la spécificité de ce qui est psychologique, de vieilles querelles disciplinaires entre biologie et psychologie sur ce thème, des antinomies propres à chacune de ces disciplines encombrent depuis toujours les questions posées par la maladie mentale. Prenez

garde au sujet, disent les uns, c'est-à-dire à l'humain ; n'oubliez pas le malade, c'est-à-dire le corps, rétorquent les autres. Une tension règne dans l'histoire des désordres de l'esprit entre une conception de l'humain en tant qu'*animal*, vivant par rapport au végétal, et une conception contraire en tant qu'être de *parole*, humain à l'intérieur du vivant animal. Opposition décisive, à l'origine des conflits quant aux causes de la maladie, sa définition, ses traitements et l'idée que l'on se fait de la guérison, mais opposition trompeuse à un autre niveau, dans la mesure où l'on ne voit pas très bien ce que pourrait être un sujet sans corps. En quoi serait-il un être « vivant »[22] ? Or les modes d'intégration de l'animalité dans la personnalité sont une des clés du type de subjectivité que la fin du XIX^e^ siècle nous léguera.

S'il est de la plus grande évidence pour nos yeux trop bien entraînés que pathologie mentale est synonyme de souffrance psychique, il n'en a évidemment pas toujours été ainsi. L'individu contemporain peut dire : « Je souffre », et pas seulement : « Je souffre de quelque chose[23]. »

Pour dessiner la généalogie d'une souffrance sans autre objet que soi-même, quatre éléments seront succinctement analysés. Premièrement, la découverte que l'aliéné souffre : c'est l'étape de la mélancolie. Deuxièmement, la transformation du « Je pense » en « Ça pense », le décentrement de la conscience engendrant une nouvelle vérité de l'homme : un inconnu gouverne la conscience[24]. La conscience sort de l'esprit, elle voyage dans le corps jusqu'au bout des doigts[25], parce que le corps entier se met à « parler », produit les signes d'un langage dont il importe au plus haut point de déchiffrer la grammaire. Troisièmement, une sensibilité à soi prend son essor et s'approfondit tout au long du siècle. Elle ouvre une voie pour des inquiétudes intimes et des interrogations identitaires,

surtout dans les étages supérieurs de la société. Les historiens[26] ont décrit la montée progressive des dilemmes d'un genre de personne qui veut faire son chemin en s'arrachant à la tradition, qui observe son image extérieure (démocratisation du portrait, diffusion des miroirs, naissance de la photographie) et s'étudie en même temps de l'intérieur (le monologue du journal intime, les conversations secrètes avec des « interlocuteurs muets »[27]). Le quatrième élément est l'élaboration de la notion de névrose : elle rend pensable une blessure purement psychique, c'est-à-dire n'ayant guère besoin d'être rapportée à une désorganisation somatique pour être considérée comme réelle. Son motif réside dans un événement traumatique. Cette découverte révèle et dynamise un processus de socialisation de l'esprit.

L'histoire de la notion (vague et confuse) de souffrance est moins celle d'une psychologisation progressive qu'un jeu conflictuel et solidaire entre biologisation, socialisation *et* psychologisation de l'esprit : elles se commandent réciproquement. Le double progrès de l'« inconscience » de soi et de la conscience de soi, une sensibilité neuve aux déchirements intérieurs et aux chocs produits par des événements en forment le cadre. Comme « la psychologie du corps » que Rodin cherchait à sculpter, la médecine de l'esprit tend vers un art de l'impression fugitive, de la vibration à peine palpable, du déchirement intérieur et de l'inquiétude nerveuse.

Ce chapitre montrera d'abord en quoi la psychiatrie est une médecine *spéciale* qui, à la différence des autres branches de la médecine, est nécessairement confrontée à des problèmes moraux sans lesquels elle ne saurait prétendre traiter de douleurs elles-mêmes morales. Il déroulera ensuite le fil de la souffrance à travers la mélancolie, le décentrement de la conscience, qu'incarne le

problème du réflexe, et la réorganisation de la notion de névrose dont la neurasthénie sert ici d'opérateur à travers la naissance des troubles fonctionnels. Cette dynamique débouche sur la notion clé de traumatisme : elle est considérée comme la voie qu'emprunte une cause extérieure à la personne pour susciter en elle un désordre de l'esprit. De là se construisent deux modèles de maladie, dont Freud et Janet sont les principales figures. Ils structurent les conflits internes à la santé mentale jusqu'à aujourd'hui.

En quoi la maladie mentale est-elle une pathologie de la liberté ?

La maladie mentale résulte-t-elle d'une entité qui entre dans le corps, à la manière d'un virus[28] ? D'un terrain héréditaire ou d'une psychologie fragile qui fait succomber les uns tandis que les autres, plus solides, y résistent mieux ? Maladie ou faiblesse de constitution, cause interne ou motif externe, les enjeux pratiques pour la clinique sont évidents (définir la pathologie, ses causes et son traitement). Mais ils sont systématiquement connectés à d'autres, dans la science comme dans la philosophie, car l'esprit est le lieu géométrique d'une énigme pour définir un dedans et un dehors de la personne. Cela résulte du basculement dans l'orbite de la médecine de problèmes relevant autrefois de la religion et de la morale.

Lors d'un colloque consacré en 1969 à l'*Histoire de la folie* de Michel Foucault, l'un des maîtres de la psychiatrie française de l'après-guerre, Henri Ey, déclarait que la folie est devenue une maladie avec « l'avènement du sujet comme centre d'une indétermination ayant son organisation propre. À cet égard, la notion de maladie mentale est un corollaire de l'idée d'individu[29] ».

L’essentiel était dit : la folie est la maladie d’une liberté qui ne trouve plus son sens et sa justification dans une extériorité divine. Indéterminée, cette liberté est, dans l’ordre symbolique, ouverte à tous les possibles. La psychiatrie détache de l’homme une faute morale en la transformant en objet médical — soit une pathologie de la liberté, de la vie de relation, pour reprendre les célèbres formules d’Henri Ey. Le point de départ de toute réflexion sur les rapports entre psychiatrie et individualité doit se situer là.

La naissance de l’aliénation mentale a permis de fournir une solution (instable) à un problème émergent : différencier une question morale d’une question médicale, dans un contexte où la liberté individuelle était devenue une valeur politique, fondée en droit, en même temps que la médecine connaissait une mutation qui la faisait entrer dans la modernité : la naissance de la clinique. La médecine se met au chevet du malade et pose « un regard loquace » sur le corps individuel qui, à partir de cette époque, coïncide avec la maladie[30]. Pour penser la possibilité d’un désordre de l’esprit là où l’on voyait une âme possédée par le démon, il a fallu un corps épuré de son théâtre sacré. La notion de maladie permet de faire entrer l’esprit dans le domaine du corps. Elle en fait un phénomène de la vie. Comme l’écrit Freud en 1923, les démons qui possédaient l’âme sont désormais « des créatures psychiques » que nous « laissons naître dans la vie intérieure de ces malades où elles résident[31] ». Si l’esprit est une laïcisation de l’âme, il lui faut la matière d’un corps, lui aussi laïcisé, pour en déchiffrer la grammaire.

On voit ainsi comment se place la psychiatrie entre le médical et le moral : elle transforme des entités morales, dont la personne est responsable, en entités médicales, dont la personne est atteinte[32]. Cette situation commande toutes les tensions sur la personne. La tristesse ou le délire ne sont plus des péchés contre la croyance, une

infraction aux lois divines, mais un mal invalidant la liberté d'un sujet. Non un assujetti, mais le propriétaire de lui-même, selon la Déclaration des droits de l'homme.

La maladie mentale désigne l'irresponsabilité dans la liberté de l'homme, elle est la part du non-assignable à une volonté ou à une intention. La folie fait de la conscience un paysage dévasté comme après une tornade, mais il reste en elle un sujet sur lequel la médecine peut agir[33]. Elle n'est pas tant l'autre inatteignable de la raison qu'un de ses pôles[34]. L'enjeu, écrit Gladys Swain, est « le déport de la folie des marges de l'humain au centre de son être [...]. Au cœur de chacun, constitutive, une instabilité conflictuelle frappant d'avance de nullité toute tentative pour définir l'homme en adéquation avec lui-même[35] ». La psyché moderne est l'espace de ce conflit, elle est pour cette raison le noyau de la personne. Le psychique est cette distance *raisonnable* — et fragile — de soi à soi qui façonne le sujet moderne et le rend réceptif à une notion de loi n'ayant plus besoin de la référence au divin.

Quand cette distance est maximale jusqu'au point d'exploser, on a la folie. Mais, à l'inverse, cette distance peut être si réduite qu'il se produit une sorte de fusion entre soi et soi. Les modernes ont inventé un mot pour désigner la figure de cette fusion : le drogué. En 1822, Thomas De Quincey montre que l'opium n'est pas une ivresse, contrairement à l'alcool, car elle « donne simplement cette sorte de chaleur vitale que le jugement approuve et qui, sans doute, accompagnerait toujours une constitution physique jouissant d'une santé primitive ». Elle permet « le saint rétablissement de cet état que l'esprit recouvrerait de lui-même à la disparition de toute profonde irritation douloureuse[36] ». La drogue est le moyen d'obtenir une santé absolue, mais elle se paie d'un esclavage qui génère une autre pathologie de la liberté. L'insensé, d'une part, le

drogué, de l'autre, dans les deux cas, on a affaire à « un sujet vacillant dans son humanité[37] ». Le fou et le drogué sont les deux manières symboliques que les sociétés modernes emploient pour désigner l'envers de leur idéal de la personne. La première surgit à l'aube de la démocratie, la seconde fait l'objet d'une préoccupation massive deux siècles plus tard ; entre les deux, le mouvement qui conduit de l'aliénation à la névrose, puis de la névrose à la dépression.

Mélancolie : de la grandeur d'âme au sentiment d'impuissance

Le pôle raison-déraison ne définit pas entièrement le problème du trouble mental ; en particulier, il laisse entier celui de la souffrance, qui relève du pôle bonheur-malheur. Pour penser l'aliénation comme une souffrance et pas seulement comme une déraison, un environnement, une civilité s'avèrent indispensables.

Le siècle des Lumières est celui de la raison, il est aussi celui du bonheur[38] : on a là les deux principales dimensions du processus de laïcisation qui fonde les sociétés modernes. Apparaît, à l'époque où se constitue une sphère publique moderne, dans laquelle on fait usage public de sa raison privée face à des égaux, selon la thèse développée par Habermas, une sphère privée dans laquelle une *vie personnelle*, indépendante de l'autorité divine ou royale, est l'objet d'une immense littérature. Le thème du bonheur y prend une valeur toute nouvelle : il favorise « une attention vers l'intérieurement ressenti [...] car les signes que sont le plaisir et le déplaisir doivent permettre à l'homme de devenir l'agent de son destin[39] ». Parallèlement se diffuse le thème du mal de vivre : conscience

heureuse et conscience inquiète sont solidaires. Dans ce siècle où s'affirme l'idée d'une société qui tient par elle-même (fondée sur la fiction d'un contrat entre les hommes déléguant au corps politique le soin de les gouverner), l'existence peut être justifiée autrement que par le salut religieux : le bonheur en fut un moyen. Comment le réaliser ? Tout simplement par la sociabilité : l'homme est un animal sociable ; son instinct le porte vers les autres. Au XVIII^e^ siècle, « jamais l'homme ne fut moins conçu comme un être seul. [...] L'aptitude de l'homme à déchiffrer ses semblables, à se révéler à eux va de soi. On ne reconnaît pas le mystère individuel[40] ». Celui qui désire la solitude est un misanthrope. L'opposition moderne entre individu et société n'a guère de sens — si opposition il y a, c'est parce que la société est mal fondée, pense Rousseau. Mais ce bonheur bute sur le problème des passions : elles exaltent le sujet, l'emportent au-delà du raisonnable, et conduisent à l'abattement, à la mélancolie.

Exaltation et abattement, « fécondant l'art, semant la déraison[41] », la mélancolie connaît un double destin : le premier en fait une caractéristique de l'homme de génie. Elle s'investit, à partir du Romantisme, dans l'artiste, figure sublime et tragique dont le malheur est à la hauteur du génie. Le second, qui concerne l'homme ordinaire, est d'être une maladie. Mais l'un et l'autre tiennent à ce que la mélancolie est étroitement liée à l'histoire occidentale de la conscience de soi, dont elle représente *l'exacerbation*[42]. À tel point d'ailleurs que Raymond Klibanski a pu écrire que « donner une vue d'ensemble [de la mélancolie] [...] serait écrire l'histoire de la sensibilité de l'homme contemporain[43] ». Au début du XVI^e^ siècle, elle « est si bien assimilée à la conscience de soi qu'il n'était guère d'homme distingué qui ne fût pas authentiquement mélancolique, ou du moins ne passât pour tel, à ses propres yeux comme aux yeux

des autres[44] ». Le mélancolique ne fuit pas sa souffrance, il l'affirme, s'en fait gloire — « Ma joie est la mélancolie », disait Michel-Ange[45]. Plaisir et douleur d'être soi, voilà l'axe autour duquel tourne le mélancolique.

Au XVIII^e siècle, la mélancolie devient nerveuse (au sens où les nerfs sont irrités) au moment où le cerveau commence à occuper une place centrale dans la conduite[46]. Si l'âme se corrompt, le cerveau se fatigue : ses forces sont limitées, il lui faut repos ou détente, musique et soleil. La mélancolie résulte d'une prédisposition, dans la mesure où le système nerveux est un appareil de relation avec le monde, cet état « est le plus souvent interprété comme la conséquence d'un choc psychique ou d'une tension excessive due aux circonstances extérieures[47] ».

La mélancolie est définie par Esquirol en 1819 comme une monomanie[48] : tristesse, abattement ou dégoût de vivre s'accompagnent souvent d'un délire sur un seul thème, la raison étant conservée par ailleurs. Le mélancolique est poursuivi par une idée fixe, que les psychiatres appelleront plus tard « folie du doute » ou « délire de culpabilité ». Elle est bien différenciée du délire général qui caractérise la manie. Néanmoins apparaît l'idée de mélancolie sans délire : « une passion triste et dépressive[49] » sans signe de déraison. L'absence de délire fait reculer la part donnée à l'entendement dans l'aliénation et permet d'isoler une souffrance dans le phénomène florescent de l'aliénation.

L'inflexion se produit entre le début du XIX^e siècle et les années 1830. Le psychiatre Michel Gourevitch a comparé la façon dont Esquirol décrit un cas de mélancolie dans un manuscrit de 1810 et dans le texte imprimé en 1838 : en 1810, la malade entre en délire après l'annonce d'une mauvaise nouvelle ; en 1838, elle est

« seulement » désespérée[50]. Le changement du regard clinique est saisissant.

Du délire au désespoir s'amorce le lent déclin de la psychiatrie intellectualiste : « On peut désormais, succombant aux coups du sort et à la force de ses passions, tomber malade de tristesse. [...] Le statut que confère la maladie organique s'étend à des phénomènes psychologiques, ceux qui jadis étaient dits moraux[51]. » Il y a là une étape dans la lente genèse du trouble de la personnalité. La mélancolie ouvre un passage entre le normal et le pathologique[52] : au lieu d'une différence de nature entre l'un et l'autre, la possibilité d'une continuité, d'une échelle avec ses seuils.

Plus encore, cette maladie « va faire de la souffrance de l'esprit le principe même et l'élément du trouble des aliénés[53] ». Une reformulation s'opère d'abord en Belgique avec Joseph Guislain (1817-1860), puis en Allemagne avec Wilhelm Griesinger (1817-1868)[54]. Elle porte sur deux thèmes : toute folie débute par un changement d'humeur ; il existe des folies sans désordre de l'intelligence, l'émotion, l'affect ou l'humeur étant seuls frappés. La notion d'humeur est importée en France avec la folie circulaire dans les années 1850 (alternances d'états maniaques et d'états mélancoliques, séparés par des périodes de lucidité). Elle est identifiée à la mélancolie à la fin du siècle[55]. Mélancolie ou douleur morale se recouvrent entièrement. Le psychiatre de la Salpêtrière Jules Séglas (1856-1939) définit le noyau d'où partira la dépression dans les années 1940 : dans « la mélancolie sans délire ou avec conscience », déclare-t-il dans une leçon de 1894[56], « *la douleur se réduit à un sentiment d'impuissance*. Cette douleur morale, cette dépression douloureuse [...] est le symptôme le plus frappant de la mélancolie, je dirais même volontiers caractéristique[57] ». La personne frappée d'une telle maladie « a conscience de la nature

pathologique des phénomènes qu'elle accuse et contre lesquels elle dit vouloir, mais ne pouvoir réagir[58] ». Commence à se fixer un des futurs B.A.-BA de la psychiatrie : la distinction entre l'humeur ou l'affect et le jugement ou la représentation.

La transformation d'une maladie de la grandeur d'âme et du génie en misère affective est sans doute également liée à la composition sociale des asiles, à savoir les classes laborieuses. La situation de ces dernières fait, dès les années 1830, l'objet de multiples enquêtes qui décrivent leur misère morale et matérielle : les aliénistes ont pu y voir la source des fameuses « causes morales ». Le sublime de la maladie disparaissant en descendant dans l'échelle sociale. Le politicien radical Eugène Pelletan ne déclarait-il pas : « La maladie, qui n'est, chez le vulgaire, que la déchéance, n'est chez les grands chercheurs d'idées que prédisposition naturelle au sublime[59] » ?

Le réflexe ou la conscience dans la moelle épinière

Si la mélancolie amorce un partage entre l'affect et la représentation, le réflexe est un des vecteurs du décentrement de la conscience. Le réflexe relève à la fois de la sensation et du mouvement. Or c'est ce dernier qui a longtemps intéressé la science, parce que, Georges Canguilhem l'a souligné avec force, « l'essence de la dignité c'est le pouvoir de commander, le vouloir. D'où l'attention apportée à délimiter parmi les mouvements ceux qui ne sont qu'animaux [involontaires] et ceux qui sont expressément humains, volontaires ou raisonnables[60] ». Cette attention à une dignité attribuée à l'homme est renforcée par le fait que la douleur

n'est pas un objet médical : elle n'est pas la maladie. Magendie ne déclara-t-il pas en 1847, à une séance de l'Académie des sciences consacrée à la douleur : « Que les gens souffrent plus ou moins, en quoi cela peut-il intéresser l'Académie des sciences[61] ? »

Dans la mesure où il n'y a pas, au milieu du XIX^e^ siècle, de problème de la douleur physique — il n'y a qu'un langage de la maladie —, pourquoi, à plus forte raison, y en aurait-il un pour la douleur morale ? La douleur physique n'est que la compagne de la maladie[62], au mieux un symptôme, une indication pour que le médecin pose son diagnostic. La souffrance morale, elle, est la compagne à peine aperçue de l'aliénation mentale.

Apparemment, nous sommes au plus loin de la question du « sujet ». Pourtant, la laïcisation de l'âme passe également par la physiologie du réflexe. Georges Canguilhem l'a remarqué : « Si la distinction du mouvement volontaire et du mouvement involontaire est devenue un problème de physiologie, c'est en raison de l'importance qu'elle tire d'abord de sa signification religieuse, morale et juridique. Avant d'être un problème scientifique, c'est une question qui concerne l'expérience de la culpabilité et de la responsabilité[63]. » La distinction entre les deux mouvements est l'un des champs de bataille qui permet de distinguer entre les actes les plus hauts de l'homme (le courage, la vertu, etc.) et de simples réactions, réflexes précisément, qui sont communes à tous les mammifères. Physiologistes et aliénistes ont tenté des explications de l'activité psychique à partir d'une combinaison de réflexes sur lesquels l'homme n'a aucun pouvoir. L'enjeu de cette décentration est d'établir une liaison entre le cerveau et le reste du corps.

Le rôle de la biologie darwinienne dans la genèse de l'inconscient freudien[64] et celui des recherches sur l'arc réflexe dans une conception unifiée des fonctions nerveuses sont aujourd'hui

bien connus[65]. Mais les recherches sur l'action réflexe ont également ouvert « sur un nouveau modèle du fonctionnement subjectif[66] », dont l'inconscient freudien est le point d'aboutissement. Oublier que Freud fut longtemps un biologiste et surtout un spécialiste en neuroanatomie humaine, qui a reçu sa formation chez les meilleurs spécialistes autrichiens (Ernst Brücke et son assistant, Sigmund Exner, furent ses grand maîtres[67]), ne permet pas de comprendre les multiples sources biologiques et physiologiques qui conditionnent non seulement la naissance de l'inconscient psychique, mais celle d'une autre perception de l'homme.

Sigmund Exner (1846-1926) « construit [...] une explication générale de toutes les fonctions psychiques à partir du réflexe, poussant la logique jusqu'à faire du réflexe ce que nous appellerons un "contre-*cogito*" ; on ne devrait plus dire, selon Exner : Je pense, Je sens, mais : Il pense en moi, Il sent en moi[68] ». Pour qu'une telle vérité apparaisse, il a fallu que le réflexe soit analysé non seulement du point de vue du mouvement, mais également de celui de la sensation, autrement dit, d'une psychologie. Le mouvement involontaire devient action automatique, autrement dit, une intelligence qui n'aurait pas conscience d'elle-même[69]. Les travaux sur l'arc réflexe permettent de loger la psyché « dans la moelle épinière[70] ». Au milieu du siècle, les chercheurs tiennent la clé d'une conception intégrée des fonctions nerveuses, c'est-à-dire qui ne se limite pas à l'encéphale[71]. On va alors pouvoir distinguer dans l'homme un niveau à la fois inférieur et ancien, soit animal et involontaire, et un niveau supérieur se constituant le dernier dans l'évolution de l'espèce humaine, plus volontaire mais moins organisée. Leur désorganisation abolit le contrôle sur les centres inférieurs qui se libèrent : la maladie mentale en est la conséquence. Une bonne part de la psychiatrie organiciste du XX^{e} siècle y trouvera

sa référence (Henri Ey, particulièrement pour le cas français). La biochimie du cerveau lui enlèvera ses bases scientifiques.

Il est classique, à tort ou à raison, d'opposer la souffrance d'un sujet et la douleur d'un malade. Pour que la souffrance importe en tant que telle, l'essentiel est que soit instauré un langage qui lui permette d'être non seulement énoncée, mais encore comprise : l'usage public, le partage commun est la condition de l'expérience privée. Le fou est un semblable, certes, mais un semblable déchu, un dégénéré : là est l'essentiel de la problématique de la maladie — et c'est elle qui importe, bien plus que le malade. Traiter la souffrance du malade (mental) en elle-même, c'est prendre soin du malade en tant que sujet. Elle suppose un pas de plus qui ne se fera pas au sein des asiles avec leurs pauvres en tout genre, mais dans la médecine libérale avec sa clientèle bourgeoise, couche sociale pour laquelle le trouble mental est largement déconnecté des questions d'ordre public.

Le choc de la neurasthénie ou la socialisation de l'esprit

Le fou n'intéresse l'opinion qu'à travers les faits divers contés par les gazettes. Or, dans les vingt dernières années du XIX^{e} siècle, une nouvelle maladie fait fureur : la neurasthénie. Elle est ce qu'on pourrait appeler la première maladie à la mode, une maladie qui mobilise autant les savants (Charcot, Freud, Janet, Ribot, entre autres, ont écrit sur elle) que la grande presse, l'opinion publique et les artistes ou les écrivains. La neurasthénie est le point de départ

d'une attention nouvelle, sociale, à la souffrance à travers la naissance du trouble fonctionnel. Celui-ci est à la base de la notion d'exogène : quelque chose qui vient de l'extérieur a pour conséquence une transformation interne, une réaction pathologique de la personne. Elle rend inutile la référence à l'hérédité pour expliquer un comportement ou un sentiment morbides. Dans la foulée, la notion d'endogène se recompose, elle s'ouvre à l'idée d'une genèse psychique : c'est ce que montreront de manière différente Sigmund Freud et Pierre Janet.

La vibration nerveuse

Outre les asiles et les hôpitaux, il existait bien de rares cliniques privées[72] dirigées par des aliénistes, où était accueillie une clientèle bourgeoise, ainsi qu'une médecine libérale (neurologues, gynécologues, ophtalmologistes, généralistes, etc.) s'occupant d'une floraison de troubles aux noms les plus variés : cœur irritable, névropathie aiguë, névropathie cérébro-cardiaque, hypocondrie, etc. Ces troubles étaient regroupés sous le nom de « névrosisme » ou « nervosisme » dans les années 1860, et le terme qualifiait « des gens qui, sans souffrir d'aucun trouble organique, [...] étaient néanmoins la proie de tortures mentale[73] ».

Il y a une modernité de la neurasthénie qui est absente de la mélancolie. Son inventeur, l'Américain George Beard, l'a qualifiée de maladie de la vie moderne, car elle résulte de la trépidation des temps nouveaux, de l'industrie et de la grande ville : elle représente la dimension nerveuse de la fatigue industrielle.

La notion de trouble fonctionnel permet de sortir d'un modèle de maladie définie par une liaison syndrome-lésion[74]. Un syndrome peut être la réaction pathologique à un événement, il n'a plus

nécessairement besoin de la lésion. L'importance de la neurasthénie, pour le problème qui nous occupe, est qu'elle amorce, *via* la notion de trouble fonctionnel, *une perméabilité sociale de l'esprit*. Elle est l'attracteur d'une socialisation toute nouvelle de l'esprit.

Dans les vingt dernières années du siècle, l'art moderne s'empare de la nervosité, des sensations et des instincts. « Ce qui est moderne, écrivait Hugo von Hofmannsthal en 1893, ce sont les vieux meubles et les jeunes nervosités[75] » : nostalgie mélancolique pour la stabilité d'un monde en train de disparaître, course inquiète vers un présent fuyant. Il faut avoir la santé, être aussi résistant qu'une machine et aussi perspicace qu'un philosophe. Écrivains, poètes, peintres, littérateurs font simultanément entrer en scène le modernisme et les nerfs. Vitesse des machines, mystique des nerfs, culte de l'inconscient, le thème de la nervosité s'impose à la fois dans la médecine et dans l'art. Une médecine s'occupe des patients, définit leur maladie et leur offre des espoirs de traitement ; un art sculpte, fait lire, met en scène, bref, fournit un récit pour un public sur ce que signifie être une âme sinon déchirée par elle-même, du moins envahie par les sensations les plus contradictoires[76]. Une médecine qui offre des soins et une culture qui, en enseignant le langage de la souffrance, permet que s'élabore une demande : les marchés de l'équilibre intérieur amorcent leur croissance.

La neurasthénie[77] apparaît en effet comme un épuisement nerveux résultant de la vie moderne et non d'une dégénérescence : le facteur social est au premier plan de l'étiologie. *Nervous Exhaustion*[78], l'ouvrage que George Beard publie en 1869, est un immense succès international. Traduit en français en 1895, ses travaux sont déjà connus dans les années 1880. Une abondante littérature destinée aux médecins comme aux patients voit le jour en France au cours des vingt dernières années du siècle. Le plus connu

de ces ouvrages est celui de Gilbert Ballet et d'Adrien Proust, *L'Hygiène du neurasthénique* (1897)[79], dont le succès s'étend à toute l'Europe. Ballet, professeur de clinique des maladies mentales, fonde en 1906 *L'Encéphale*, tandis que Proust est surtout connu comme le père de l'écrivain.

Que recouvrait le mot « neurasthénie » ? Pour ainsi dire, tout : « Si un malade, écrivait Beard, se plaint d'un malaise général : affaiblissement de toutes ses fonctions, manque d'appétit, fragilité persistante dans le dos et la colonne vertébrale, douleurs névralgiques fugaces, hystérie, insomnie, hypocondrie, manque d'intérêt pour un travail manuel suivi, maux de tête aigus et épuisants et autres symptômes analogues sans présenter de signes d'anémie ni de maladie organique, alors on a quelque raison de supposer [...] que l'on a affaire à un cas typique de neurasthénie[80]. » Un ensemble de troubles disparates trouvaient là un qualificatif. Ils résultaient, selon Beard, d'une pression trop intense et répétée sur le système nerveux, mais également sur l'arc cérébro-spinal. Étant donné le flou diagnostic de l'époque, neurasthénie, hystérie, hypocondrie et mélancolie se mélangeaient allégrement[81], surtout pour des yeux moins entraînés que ceux des psychiatres asilaires ou des neurologues.

La réception du livre de Beard et le succès de la neurasthénie ne tinrent pas à l'existence de médications particulièrement efficaces — il n'y en avait pas —, mais au souci que l'on portait à l'époque à la fatigue et au surmenage : la fatigue physique qui touchait les classes laborieuses, mais aussi le surmenage intellectuel, dont on pensait qu'il affectait particulièrement la jeunesse scolarisée, les professions intellectuelles, les classes moyennes et supérieures des grandes villes. Le surmenage était un des éléments d'explication de la dégénérescence de la population française,

dégénérescence que l'on considérait comme une des causes de la défaite dans la guerre de 1870. Il fit l'objet de nombreux travaux médicaux à partir des années 1880. On voulut mesurer la fatigue, déceler des seuils de surmenage. La fatigue est une des grandes inquiétudes de cette fin de siècle française : on y voit la raison majeure de la dégénérescence de la race. Dans la mesure où ses causes sont sociales — elle ne résulte pas d'une hérédité inéluctable —, elle ouvre la voie à l'action[82].

Émile Durkheim, évoquant ces « anomalies diverses que l'on réunit d'ordinaire sous le nom commun de neurasthénie », ajoute : « Elle va même de plus en plus en se généralisant[83]. » Pourquoi ? Les explications avancées dans les innombrables textes publiés à la fin du XIX^e^ siècle et au début du XX^e^ siècle sont marquées par la perception que le monde a changé : accroissement des possibilités de mobilité spatiale (le train) et sociale, diffusion de la richesse et du luxe (les grands magasins voient le jour à la fin du XIX^e^ siècle), rôle nouveau des masses dans la politique, déclin de la religion, poisons de la vie moderne comme l'alcool, littérature qui explore les tréfonds les plus sombres de l'âme humaine (« Elle offre à l'esprit du lecteur des cas pathologiques, des problèmes de psychopathes sexuels, des problèmes révolutionnaires[84] »), etc. La vie des grandes villes, « de plus en plus raffinée et agitée[85] », suscite plaisirs sensuels et raffinements esthétiques nouveaux pour la bourgeoisie et les classes moyennes. Bref, tout se mêle sans qu'on puisse distinguer véritablement la critique de la modernité et le diagnostic d'une pathologie.

De nombreux travaux ont porté sur le réajustement du Moi qui s'opère dans la culture fin de siècle[86]. Ils suggèrent à quel point les artistes mettent en scène des dilemmes personnels : l'ambition de faire son chemin, de s'arracher à la tradition, de ne plus imiter la

nature stimule des interrogations identitaires et des anxiétés. Ils fournissent ainsi des modèles de compréhension de soi et du monde pour la bourgeoisie et les classes moyennes. Les nerfs font leur apparition dans la culture et dans la médecine : ils dessinent une représentation nouvelle de l'homme, à la fois plus instinctuelle et plus réflexive. En 1891, Herman Bahr parle de « l'entrée solennelle d'une vie nouvelle dans l'espace de l'intériorité spirituelle » et appelle à « une mystique des nerfs[87] ». En 1902, Willy Hellpach, dans un ouvrage intitulé *Nervosité et culture*, attribue le succès de la neurasthénie à partir des années 1880 à l'arrachement aux traditions : « C'est, me semble-t-il, bien plus qu'un hasard si, autour de cette date, on assiste à l'irruption de tout le mouvement moderniste — et il ne s'agit pas d'une simple émergence, mais bien d'une entrée triomphale. Une fois lancée, l'époque moderne était mûre pour réfléchir sur elle-même[88]. »

Léon Binswanger parle en 1896 du « lien serré entre cette maladie et la vie moderne, la chasse effrénée à l'argent et aux possessions, les progrès formidables du domaine technique qui ont rendu illusoires tous les obstacles temporels et spatiaux à la circulation ». Krafft-Ebing évoque en 1895 les transformations qui se sont produites au cours de ces dix dernières années dans les « nations civilisées » et « ont modifié considérablement profession, position civique et propriété et cela aux dépens du système nerveux qui doit satisfaire à l'accroissement des exigences sociales et économiques en multipliant la dépense d'énergie tout en ne pouvant récupérer que trop insuffisamment ». Wilhelm Erb convoque les exigences du combat pour la vie et du luxe : « Ce que le combat pour la vie exige de productivité de la part de l'individu s'est considérablement accru ; il ne peut y satisfaire qu'en déployant toutes ses forces intellectuelles ; en même temps, les besoins de

l'individu se sont élevés, et ses prétentions à jouir de la vie se sont élevées dans tous les milieux ; un luxe sans précédent s'est propagé à des couches de la population qu'il ne touchait pas du tout auparavant[89]. » C'est dans ce contexte que la neurasthénie se répand à grande vitesse : « Elle semble s'être propagée comme une épidémie, écrit un psychiatre en 1904. Le nom de neurasthénie est alors dans toutes les bouches, c'est la maladie à la mode[90]. »

On comprend pourquoi Pierre Janet pouvait écrire en 1932 qu'à l'époque « tout le monde était neurasthénique », mais il ajoute : « Et on était enchanté d'avoir l'honneur de l'être. » Pour quelle raison ? La neurasthénie était « un affaiblissement des nerfs, un affaiblissement de la fonction nerveuse. Cela ne dit pas grand-chose, précise Janet, qui ajoute charitablement, mais c'était cependant plus intéressant qu'on ne peut le croire… Les nerfs ne sont pas détruits : ils sont affaiblis. C'était donc plus scientifique qu'on ne pense, c'était le commencement de l'interprétation des troubles fonctionnels[91] ». Des causes sociales, d'un côté, une absence de cause organique, de l'autre : le trouble fonctionnel ouvre la voie à l'idée que la vie en société peut vous rendre malade.

Durkheim insiste sur cette souffrance : « Les neurasthéniques sont, par leur tempérament, comme prédestinés à la souffrance. On sait, en effet, que la douleur, en général, résulte d'un ébranlement trop fort du système nerveux ; une onde trop intense est le plus souvent douloureuse. […] Pour le névropathe, toute impression est une cause de malaise, tout mouvement est une fatigue ; ses nerfs, comme à fleur de peau, sont froissés au moindre contact[92]. » L'ébranlement du système nerveux, l'épuisement du budget de l'esprit, comme disait Janet, caractérise la floraison de troubles qu'est la neurasthénie. Le trouble fonctionnel réorganise ainsi le partage entre le volontaire et l'involontaire. La fatigue, et non plus

la paresse, est la cause des « maladies de la volonté » : elle détient les clés médicales de la faiblesse morale. La psychologie scientifique, qui rompt avec l'introspection au profit du matérialisme et s'impose en France avec Ribot, « donne à l'illusoire comme au vrai un statut de réalité[93] ».

Mais la façon dont opéraient ces causes sociales pour pénétrer le système nerveux restait vague. On ne pouvait asseoir l'idée de trouble fonctionnel sur quelque chose de solide : les bases physiologiques ou neurologiques manquaient pour établir le relais entre cerveau, esprit et société. Il était donc difficile de faire le partage entre l'endogène et l'exogène à partir d'un critère précis. Charcot le fournira. Il pensait, contrairement à l'opinion répandue, que la neurasthénie touchait autant les classes laborieuses que les professions intellectuelles, pour la simple raison qu'elle pouvait résulter d'une série de *traumatismes*. Nous voilà ramenés à la notion de réaction.

Réaction : du chemin de fer à l'autosuggestion

Elle s'impose d'abord dans la physique avec Newton[94]. Elle apparaît ensuite dans le vocabulaire médical au début du XIX^e^ siècle en gardant sa signification physique d'action/réaction, parce que l'on n'en comprend pas encore les mécanismes physiologiques qui produisent une réaction à partir d'une action. Néanmoins, la réaction spécifie le vivant, car elle est considérée comme une forme de résistance à ce qui le met en péril. À la fin du XIX^e^ siècle, l'acception du concept est si large que Bernheim (un des promoteurs de l'hypnose en France) écrit en 1874 « qu'il ne peut plus être défini, qu'il ne comporte plus de signification précise[95] ». Plus de

signification précise, mais une conséquence décisive qui ouvre le trouble mental au social : la psychologisation du trauma[96].

À l'origine du traumatisme psychique, les accidents de train : ils ne sont pas des accidents comme les autres, car le train est au XIX^e^ siècle le symbole de la modernité, la « bête humaine » dont les effets imaginaires sur la vie matérielle et sur la vie de l'esprit sont immenses. « Le train a fixé l'idée même d'accident dans sa signification moderne[97]. » En effet, pour la première fois dans l'histoire humaine, ce n'est pas la nature (ou la guerre) qui cause une catastrophe, mais la technique et l'industrie. En résulte un problème assurantiel de réparation et de responsabilité dans les blessures occasionnées. Au-delà des corps brisés, un phénomène apparaît : des gens indemnes se plaignent de douleurs crâniennes, de maux de dos, subissent des paralysies partielles ou des amnésies. Or ces manifestations ne résultent pas de lésions. Un médecin londonien, dans l'une des toutes premières études publiée en 1866, invente le terme de *railway spine* pour désigner « le choc spinal » à l'origine des douleurs crâniennes. Un autre médecin londonien montre à la même époque que ces troubles sont comparables à ceux de l'hystérie et souligne qu'ils sont produits par des idées tout en n'étant pas de la folie.

De son côté, Charcot commence à s'imposer dans le domaine de l'hystérie au cours des années 1870. Il a parmi ses patients des hommes qu'il considère comme hystériques. Si l'hystérie est une maladie héréditaire, elle peut résulter, estime-t-il, de traumatismes dus à des accidents, à des consommations de substances toxiques et d'alcool. Plus encore, il pense que l'hystérie féminine est due à des émotions, tandis que l'hystérie masculine est provoquée par des accidents ou des toxiques. Charcot, on le sait, est le personnage clé de la définition moderne de l'hystérie : confronté à des patients qui

ont reçu un choc lors d'accidents, il montre que les apparents symptômes neurologiques qu'ils développent sont en fait des conversions hystériques. En conséquence, dans la mesure où il n'y a pas de lésion, quel peut être le mécanisme produisant le symptôme ? Comparant ce phénomène « avec les paralysies produites par suggestion, sous hypnose, chez des hystériques », il conclut qu'« il s'agit de phénomène d'autosuggestion traumatique, induisant des paralysies psychiques ou mentales[98] ». Charcot dispose à ce moment du concept large de réaction qui se trouve disponible pour toutes sortes d'applications. L'amnésie, l'extase mystique ou la paralysie d'un membre sont la façon dont le sujet réagit (pathologiquement) au choc qu'il a reçu en s'autosuggestionnant sur le modèle de l'hypnose. Le mariage de l'hypnose et de la réaction donne naissance à la notion moderne de névrose : une maladie mentale sans soubassement anatomique. Sans soubassement anatomique, mais non sans cause.

La naissance de la névrose s'opère dans un contexte général qui voit l'aliénation mentale être démembrée en plusieurs maladies mentales. Pinel avait une conception unitaire de la folie, caractérisée par une multitude de symptômes. À partir du milieu du XIX^e^ siècle se produisent des recompositions qui ne sont d'ailleurs pas dues à des progrès de la psychiatrie, mais à la conception anatomo-clinique qui règne en médecine : elle exige des sémiologies plus précises, dont le but est de « découvrir de nouvelles maladies par un effort différentiel, à partir de quelques syndromes qui se laissent subdiviser[99] » (ainsi, la liaison manie-mélancolie, folie à double forme ou folie circulaire qui donnera plus tard la psychose maniaco-dépressive). Il y a progrès sémiologique au sens suivant : des maladies mieux différenciées d'un point de vue diagnostique qui rendent acceptable et crédible l'appartenance de l'aliénisme à la

médecine. Néanmoins reste un butoir : la chronicité de la plupart de ces maladies.

Or, dans la névrose, il y a non seulement une étiologie, mais encore, et pour la première fois dans l'histoire des désordres de l'esprit, une thérapie efficace : l'hypnose. La notion de réaction fait décliner le paradigme dégénératif au profit d'une nouvelle notion, celle de trouble de la personnalité, d'une maladie dont l'esprit est la fois la cause, le lieu où elle agit et la cible de la thérapie. Il y a là un critère tout à fait nouveau pour définir un dehors et un dedans de la personne. Deux héritages et deux héritiers en sortent : Pierre Janet et Sigmund Freud[100].

Janet et freud : faiblesse ou culpabilité ?

Si Janet (1859-1947) n'atteint pas, et de loin, la gloire de Freud, son héritage est peut-être bien plus déterminant pour le sujet qui nous occupe : son modèle de maladie est le fil rouge de l'histoire de la dépression.

L'un comme l'autre ont montré que l'esprit n'est pas ce qui reste quand on n'a pas réussi à découvrir une cause organique à un désordre mental. Ils lui ont assuré sa positivité médicale et sociale. Le terme de névrose était traditionnellement un « tiroir commode » pour ranger tous les troubles qui n'étaient pas explicables physiologiquement. C'est par la négative qu'elle concernait l'esprit. Janet l'écrit dans un livre de synthèse sur les névroses en 1909 : « L'intervention de l'esprit [...] n'est plus un caractère purement négatif, une simple ignorance, comme l'absence de lésion à

l'autopsie, c'est un caractère positif, réel et assez spécial à la maladie[101]. »

Le point central est la place respective accordée par l'un et l'autre à l'angoisse : pour Freud, elle est intimement liée à une culpabilité alors que, pour Janet, elle est plutôt produite par une dépression[102]. Plus encore, pour Freud, « le sentiment de culpabilité » est « le problème capital du développement de la civilisation[103] ». Janet, philosophe de formation devenu médecin à cause de l'intérêt qu'il portait à la psychologie, n'expose jamais une conception de l'homme.

Dépression et dédoublement de la personnalité d'un malade

Selon Janet, une névrose est une maladie des fonctions, et non des organes, plus exactement de la partie supérieure de ces fonctions[104], « leur adaptation aux circonstances présentes[105] ». « La plupart des névropathes sont des déprimés, des épuisés, ou ils l'ont été au début de leur maladie : leurs troubles mentaux tirent leur origine de cette dépression même[106]. » La dépression, ou son équivalent l'épuisement, est pour lui le vecteur des troubles de la personnalité — l'hystérie — et des troubles de la volonté qu'il appelle « psychasthéniques ».

Sa théorie de l'hystérie rompt avec la conception de Charcot. Il montre que le théâtre corporel de l'hystérique est secondaire par rapport aux « symptômes moraux ». « Le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, un rétrécissement du champ de la conscience [...]. L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité[107]. » Le

rétrécissement du champ de conscience a pour conséquence son dédoublement. L'hystérie est une maladie de la personnalité au sens où les fonctions n'arrivent plus à se réunir dans la conscience personnelle. C'est le fameux « clivage de la conscience » : les deux personnalités constituent en quelque sorte deux personnes qui ne connaissent pas. L'hystérique ne se souvient pas de son autre personnalité.

De la neurasthénie, Janet écrit que « ces malades qui avaient des troubles viscéraux étaient en même temps des obsédés, des phobiques, des maniaques, des douteurs, et je me suis permis de résumer les troubles par un mot presque pareil, le mot psychasthénie [...]. La faiblesse ne porte pas sur les nerfs, elle porte sur l'esprit. Il ne s'agit plus de question médicale ni physiologique[108] ». Il isole dans la foule des troubles fonctionnels les phénomènes d'asthénie dont il repère l'origine dans le « délire émotif » de Morel (1866) — émotif s'opposant à intellectuel. Il en résulte une émotion particulière qui est le symptôme même de la psychasthénie : l'obsession. Ce symptôme se caractérise par de l'indécision et des doutes. Il est un trouble de la fonction du réel. L'obsession engendre de la fatigue pathologique « en raison de la psycholepsie, de la chute de la tension psychologique[109] ».

Janet a une conception statique de l'énergie psychique : il appelle « force psychologique » la quantité d'énergie qu'une personne possède, et « tension psychologique » la capacité à utiliser cette force — d'où la centralité du thème de la fatigue. Dans la psychasthénie, « la synthèse psychique » est déréglée, et le malade est entraîné dans des automatismes. C'est *l'insuffisance psychique* qui empêche la synthèse.

La thérapie consiste, au moyen de l'hypnose ou d'autres médications psychologiques, à augmenter la force et la tension

psychologiques, à régler « le problème de l'administration économique des forces de l'esprit[110] ». L'hypnose, par exemple, permet d'agir directement sur l'inconscient pour soigner la personnalité affaiblie en la réparant et en la ramenant à l'action : la thérapie permet d'en finir avec la fatigue pathologique. C'est la guérison selon Janet, qui conclut ainsi ses *Médications psychologiques* : « Il est probable qu'un jour on saura établir le bilan et le budget d'un esprit, comme on établit ceux d'une maison de commerce. À ce moment, le médecin psychiatre sera capable de bien utiliser de faibles ressources en évitant les dépenses inutiles et en dirigeant l'effort exactement au point nécessaire ; il fera mieux : il apprendra à ses malades à augmenter leurs ressources, à enrichir l'esprit[111]. »

Janet voit la relation médecin-malade dans un rapport où le premier est actif et le second passif : le médecin est le mécanicien qui répare le moteur psychique abîmé du malade — un patient, au sens propre du mot. La thérapie consiste en une « désinfection mentale[112] ». Son « habileté thérapeutique consiste à donner des informations libératrices, mais fausses. [...] Il faut réinstaller [le sujet] dans l'état d'esprit où il était lors de l'événement et lui raconter celui-ci dans une version arrangée pour en faire disparaître les aspects nocifs et insupportables[113] ». L'hypnose est une franche direction de conscience : elle prétend faire disparaître de la mémoire le souvenir de l'événement qui a causé la maladie. Nous sommes là dans une problématique que l'on peut définir de la manière suivante : la maladie est peut-être un trouble de la personnalité, mais la thérapie ne vise pas un sujet de la maladie, elle répare un raté de l'esprit, c'est-à-dire une pathologie qui n'est pas porteuse d'une vérité pour le malade, vérité qui serait précisément celle d'un sujet. Janet, tout psychothérapeute qu'il soit, adopte un modèle de

type animal : il ramène à l'action un malade épuisé par ses dépenses psychiques en désinfectant son esprit de tout ce qui peut lui nuire, en lui faisant en quelque sorte oublier son histoire propre. L'hypnose janetienne est une technique de l'oubli. Son modèle de maladie est *déficitaire*, et son modèle thérapeutique *réparateur*.

Refoulement et conflit dans la personnalité d'un sujet

Pour Freud et Breuer, l'hystérique, on le sait, ne souffre pas de dédoublement, mais de réminiscence[114]. La clé de sa souffrance réside dans le passé infantile. La prédisposition doit être recherchée « dans un excédent plutôt que dans un déficit. Les adolescents qui deviendront hystériques se montrent généralement, avant de tomber malades, pleins de vivacité, doués, très intéressés par les choses intellectuelles ; leur volonté est souvent remarquable[115] ». Le clivage de la conscience et le dédoublement de la personnalité sont remplacés par un conflit refoulé. C'est sur lui que Freud fonde son modèle de maladie. Pour le montrer, revenons à la neurasthénie.

Freud objecte un argument à ceux qui attribuent sa cause à la pression sociale ou au surmenage : « Jamais personne, écrit-il en 1898, ne devient névrotique par le travail ou l'énervement seul[116]. » De plus, l'étiologie de cette névrose ne réside pas dans une permissivité nouvelle, comme le pensent neurologues et aliénistes, parce que « notre civilisation est construite sur la répression des pulsions[117] ». Il introduit alors une distinction entre deux types de névroses. Dans les névroses qu'il appelle « toxiques », les symptômes « se comportent tout à fait comme les phénomènes qui accompagnent un excès ou une privation de certains poisons nerveux. Ces névroses — qui sont réunies le plus souvent sous le

nom de neurasthénie — peuvent être produites, sans exiger le concours d'une affection héréditaire, par certaines influences nocives de la vie sexuelle[118] ». Dans le second type de névrose, les psychonévroses de défense, « l'influence de l'hérédité est plus importante, ce qui les provoque est moins transparent. Mais un procédé d'enquête particulier, connu sous le nom de psychanalyse, a permis de reconnaître que les symptômes de ces troubles (hystérie, névrose obsessionnelle) sont *psychogènes* [souligné par Freud] et dépendent de l'activité de complexes de représentations refoulées ». C'est là le déplacement essentiel, et bien connu, du thème héréditariste à la filiation qu'exprime la notion de psychogène. Essentiel parce qu'il distingue l'exogène du psychogène : l'un des grands apports de Freud est de montrer qu'il existe de l'endogène psychique. Essentiel encore à un deuxième niveau : en distinguant la catégorie des psychonévroses du reste des névroses, il invente une maladie du conflit.

Jean Starobinski a décrit les places respectives de l'intérieur et de l'extérieur : « Tandis que le traumatisme frappe le sujet du "dehors", l'abréaction, elle, est un mouvement qui part du "dedans" [...]. Ainsi la paire "traumatisme-abréaction" constitue-t-elle un couple de notions symétriques, inverses, corrélatives[119]. » Les névroses ayant un motif exogène relèvent de la lignée dehors-traumatisme. Freud appelle « psychonévroses de défense » celles qui relèvent de la lignée dedans-abréaction. « Psychonévroses », car elles résultent d'un refoulement inconscient dû à un conflit intrapsychique qui se joue dans la filiation. « De défense », car ce refoulement produit des symptômes (amnésie, paralysie, etc.) qui permettent au malade de se défendre contre l'angoisse et la culpabilité produites par le conflit intrapsychique — car ce sont elles qui importent et non la fatigue.

Freud définit la guérison de la manière suivante : « Certes, il est hors de doute qu'il serait plus facile au destin qu'à moi-même de vous débarrasser de vos maux, mais vous pourrez vous convaincre d'une chose, que vous trouverez grand avantage, en cas de réussite, à transformer votre misère hystérique en malheur banal. Avec un psychisme redevenu sain, vous serez plus capable de lutter contre ce dernier[120]. » La guérison n'est pas un retour à un état antérieur (réparation d'un raté par compensation d'un déficit), mais ce que les psychanalystes appellent « un remaniement » qui rend plus vivable le face-à-face avec soi-même : elle n'abolit pas, tâche impossible, la misère qui vient du dedans, elle n'est pas retour à l'état antérieur, d'avant la maladie, mais recomposition ou, plus exactement, « un compromis de tolérance réciproque entre le sain et le malade chez le patient[121] ». Un malade d'une espèce nouvelle apparaît sur la scène au sens où l'attention se porte sur *un sujet de la maladie*.

Le sujet de la névrose ou l'angoisse d'être soi

Là où Janet voit des automatismes mentaux, ce qu'on pourrait appeler un *a-cogito* dans la mesure où il s'agit d'une faiblesse, d'une insuffisance qu'il faut compenser en désinfectant l'esprit de ses souvenirs parasitaires et augmenter ainsi ses forces, Freud voit un contre-*cogito* : son inconscient est intentionnel[122], il ne relève pas du modèle de l'automatisme. En effet, nulle faiblesse chez le névrosé, mais une volonté inconsciente que la cure a pour objet de faire apparaître à la conscience. « Par mon travail psychique, écrit-il, je devais vaincre chez le malade une force psychique [et non une insuffisance] qui s'opposait à la prise de conscience (au retour du souvenir) des représentations pathogènes[123]. » En substituant

l'intention à l'automatisme dans la définition de l'inconscient, Freud étend la sphère du sujet jusqu'au plus profond de l'animalité. Cela permet de dire : il y a un sujet de l'inconscient. Les effets de cette innovation se font sentir encore aujourd'hui.

Freud porte l'attention à un sujet de la maladie, au sens où le malade est à la fois l'agent et le patient d'un conflit se manifestant par des symptômes. C'est lui la cause de la maladie, et non l'épuisement, c'est lui qu'il faut résoudre, car la maladie en est la (mauvaise) solution. Ce sujet a, par définition, le sens de la loi, mais la loi qui est en lui ne lui permet pas de regarder le ciel étoilé au-dessus de sa tête d'un œil serein : sa cage de fer s'appelle « la division de soi ». Le symptôme, chez Freud, n'est pas un signe médical, il est une trace mnésique, produite par le refoulement, ce qui signifie qu'il doit être compris par une place référée à l'histoire du patient — et c'est cette place qui lui donne son sens[124]. Le malade n'est pas fatigué par ses automatismes, il est angoissé et se défend de son angoisse par des symptômes moins coûteux. Il est un sujet également au sens que suggère la célèbre formule citée, transformer la misère névrotique en un malheur banal : guérir, c'est se détacher de ses fantasmes infantiles à l'égard de ses parents. À ce moment, il peut également se détacher de son thérapeute : il lui est possible, théoriquement du moins, de vivre par lui-même[125]. Il a trouvé sa place et peut faire son chemin.

Conflit-histoire-séparation, déficit-ahistoricité-réparation, voilà deux manières d'envisager la pathologie mentale et de la traiter. Elles sont aujourd'hui encore les grandes références des arts thérapeutiques.

Mais pourquoi est-ce une tâche impossible que de se débarrasser de la misère intérieure ? Freud y a répondu plusieurs fois : « L'expérience nous apprend que pour la plupart des gens il existe

une frontière hors de laquelle leur constitution ne peut pas suivre les exigences de la civilisation. Tous ceux qui veulent être plus nobles que ne leur permet leur constitution succombent à la névrose ; si la possibilité leur était demeurée d'être plus mauvais, ils s'en seraient mieux trouvés[126]. » La névrose est une maladie — une entité médicale —, mais c'est aussi le ressort de la civilisation — une entité morale —, le moteur étrange de l'énergie des modernes, la noblesse de leur force de vie — Breuer n'a-t-il pas signalé la vivacité, la curiosité et l'intelligence des hystériques ? Elle en est le prix corporel. Elle est ainsi une expérience dont nous avons à apprendre quelque chose. Durkheim l'avait également compris à sa manière : « Sans doute, le neurasthénique est presque inévitablement voué à la souffrance. [...] [Mais] il est, par excellence, *l'instrument du progrès*. Précisément parce qu'il est réfractaire à la tradition et au joug de l'habitude, il est une source éminemment féconde de nouveautés. [...] C'est au moment où les neurasthéniques sont le plus nombreux qu'ils ont aussi le plus de raisons d'être[127]. » La neurasthénie pour Durkheim, la psychonévrose pour Freud sont à la fois des ratés *et* des conditions de la civilisation. Pour Janet, une névrose est un raté pathologique de la conduite causé par une « dépression psychologique qui diminue la force ou la tension de l'activité mentale[128] ».

Freud n'a inventé ni l'inconscient[129] ni la névrose, il en a découvert le sujet.

Le débat entre Janet et Freud sur la personne psychiquement malade n'est en aucune manière de nature morale. La controverse porte sur le diagnostic, l'étiologie et la thérapeutique. Pourtant, Freud a fourni une image idéale du sujet, car il a intégré l'enseignement de la physiologie et de la neurologie du XIX^{e} siècle, à savoir que nous sommes des mammifères, faits de pulsions et

d'instincts, à la loi morale. L'individu se surveille tout seul « par l'entremise d'une instance en lui-même [le Surmoi], telle une garnison placée dans une ville conquise[130] ». Cette image est d'autant plus idéale qu'elle ne se préoccupe guère justement de morale. La psychanalyse française en fera son miel : d'Angelo Hesnard (1886-1969), le premier psychiatre à consacrer un livre à Freud en 1913, à Jacques Lacan, la névrose est une maladie de la culpabilité[131], cette « expression immédiate de la peur devant l'autorité extérieure[132] », comme dit encore Freud. Lacan érigera la culpabilité au sommet de son système à travers « l'angoisse de castration ». Pour sortir de l'infantile et devenir adulte, il n'y a pas d'autre choix que de se confronter à l'interdit, d'en éprouver le tranchant afin de différencier le père imaginaire (que l'enfant croit tout-puissant alors qu'il n'est rien) et le père incarnation de la loi. Devenir adulte équivaut alors à *l'angoisse de devenir soi*, elle est inhérente à la liberté du sujet. Le sujet que nous lègue la fin du XIX^e^ siècle est le mariage de l'animalité et de la culpabilité.

Entre Janet et Freud, on retrouve la tension animal/humain qui ne recoupe en aucune manière une opposition entre psychothérapie et chimiothérapie. Elle travaille les thérapies psychologiques, on vient de le voir, comme elle le fera avec les thérapies chimiques, on le verra. Le trouble fonctionnel de la personnalité se distribue entre deux lignes de forces. D'abord, l'exogène, la résonance interne d'un choc extérieur : elle abîme une personne qu'il faut réparer avec une psychothérapie et, plus tard, avec des chimiothérapies : le soin est *un art de réparer* — nous sommes dans une logique fermée de la maladie, médicale au sens propre. Ensuite, le psychogène, la découverte d'une division de soi qui est la clé de l'accès à soi : le soin est ici un *art de séparer* — nous sommes dans une logique ouverte de la maladie. Dans la logique réparatrice, il n'y a rien à

apprendre de la maladie, parce qu'il n'y a ni sujet ni expérience, seulement un mal qui atteint un malade, et peu importe la cause, choc, lésion ou, selon la psychiatrie biologique d'aujourd'hui, difficulté de transmission neurochimique. Dans la logique séparatrice, on retrouve une vieille leçon de la mélancolie qu'est le remède dans le mal : « Lorsque s'efface la présence du mal et la poursuite corrélative du remède, écrit Starobinski, c'est que les énergies de la vie sont près d'être épuisées. Cette sérénité, cette paix, cette apparente guérison, sont les signes annonciateurs de la mort[133]. »

Lorsque la dépression se détachera nettement de la mélancolie après la Seconde Guerre mondiale, ses péripéties se dérouleront entre ces deux versions de la lourde tâche à bien se porter : *l'angoisse* qui m'indique que je franchis un interdit et me divise, soit une pathologie de la culpabilité, une maladie du conflit ; *la fatigue* qui m'épuise, me vide et me rend incapable d'agir, soit une pathologie de la responsabilité, une maladie de l'insuffisance.

Ces deux versions accompagnent l'émergence d'un autre âge de la personne qui, s'il n'est évidemment plus le sujet plein du XVIII^e^ siècle, n'est plus tout à fait le sujet divisé de la fin du XIX^e^ siècle : l'individu émancipé. S'affranchir rendait nerveux, être affranchi déprime. L'angoisse d'être soi se dissimule derrière la fatigue d'être soi.

Au début du XIX^e^ siècle, l'aliénisme se concentre sur la (dé) raison ; dans les années 1830, il commence à penser qu'il peut exister des actes involontaires sans délire et aperçoit la souffrance de l'aliéné. À la fin du XX^e^ siècle, la psychiatrie s'est entièrement réorganisée sur la souffrance : la dépression est le vecteur principal de cette réorganisation. À l'origine, la question de la représentation

(délirante) avec la folie, aujourd'hui la question de l'affect (souffrant) avec la dépression. Entre les deux, la grande culture des nerfs du tournant du XX^e^ siècle : comment résister à la fatigue, qui vient de la vie moderne ou de l'insuffisance émotive constitutionnelle ? Comment surmonter la culpabilité, qui remonte du dedans et de l'inscription du sujet dans l'histoire d'une filiation, pour s'affranchir de la tradition ? À travers une triple dynamique de biologisation, de psychologisation et de socialisation de l'esprit, les névroses ont créé un langage, des usages et des habitudes pour des clientèles élargies permettant de définir et d'exprimer des inquiétudes que les pathologies asilaires, celles de l'homme anormal, ne permettaient pas de dire. Or ce qu'on peut dire, on peut l'être. Précisément, ce sont des pathologies de l'homme normal. Si la fin du XIX^e^ siècle inaugura « la crise chronique de l'identité[134] », elle le fit seulement pour le bourgeois. Le populaire y entrera au cours de la seconde moitié du XX^e^ siècle avec la socialisation de la dépression. Elle dessinera l'horizon tragique du normal quand la notion d'interdit apparaîtra comme un instrument de domination. Elle sera alors, comme la neurasthénie selon Déjerine, « un carrefour duquel peuvent sortir toutes les maladies possibles[135] ».

CHAPITRE II

ÉLECTROCHOC : TECHNIQUE, HUMEUR ET DÉPRESSION

« Nous devons rencontrer autour de nous, écrit Janet en 1932, beaucoup d'individus affaiblis qui ne sont pas au niveau normal et qu'on traite cependant à peu près comme des individus normaux. » Janet souligne sans doute l'absence d'attention sociale et médicale à ces anormaux apparemment normaux. Il ajoute : « Si je ne me trompe, l'analyse de cette faiblesse, et de son remède quand il existe, sera plus tard de très grande importance[136]. » Six ans plus tard, Freud évoque de possibles substances chimiques : « Il se peut, écrit-il dans son dernier livre, que l'avenir nous apprenne à agir directement, à l'aide de certaines substances chimiques, sur les quantités d'énergie et leur répartition dans l'appareil psychique. Peut-être découvrirons-nous d'autres possibilités thérapeutiques encore insoupçonnées. Pour le moment néanmoins, nous ne disposons que de la technique psychanalytique, c'est pourquoi, en dépit de toutes ses limitations, il convient de ne point la mépriser[137]. »

Freud esquisse des hypothèses sur les modalités d'action de ces substances : comme les psychothérapies, elles répartiraient mieux les quantités d'énergie dans « l'appareil psychique », et le Moi serait ainsi plus libre de ses mouvements. Le conflit est coûteux économiquement pour le malade névrosé, il agit négativement sur

son énergie. Celle-ci peut autant être interprétée en se référant à un déficit (à combler) ou à un conflit psychique (à résoudre). Selon que l'on privilégie l'un ou l'autre modèle, le sens donné au médicament et la place qu'on lui attribue dans la prise en charge d'une pathologie ne sont pas les mêmes. Dans le premier cas, le psychiatre pensera que l'action médicamenteuse est efficace dans une large gamme de manifestations pathologiques, dans le second, qu'elle n'agit qu'à des conditions précises sur des pathologies bien définies. La question de la spécificité du médicament est le nœud de discussions le plus décisif à partir de l'entrée en scène de thérapeutiques biologiques après la Première Guerre mondiale. Ces discussions se poursuivent jusqu'au Prozac.

Ces thérapeutiques entraînent des améliorations durables dans les aspects émotionnels des maladies mentales : les syndromes affectifs cèdent dans un nombre de cas non négligeable. Expliquer ces améliorations et leurs limites, repenser éventuellement les catégories cliniques en vigueur et les modifier en vue, un jour peut-être, de guérir les maladies mentales, voilà un immense chantier qui s'ouvre. L'ancienne douleur morale, ce sentiment d'impuissance qui est toute la mélancolie, comme le pense Séglas, va susciter d'intenses réflexions sur la notion d'*humeur* : d'abord dans le domaine des psychoses, puis dans celui des névroses. Au milieu du XIX^e^ siècle, pour parler des affects, Griesinger employait les mots « sentiment de soi-même et de l'humeur[138] », et Freud les définit à plusieurs reprises comme des « sentiments du Moi » bien qu'il ne sache pas, précise-t-il en 1926, « ce qu'est un affect[139] ».

Que l'on se réfère à la psychanalyse ou à l'organicisme, l'affect est toujours quelque chose de plus corporel, de plus animal que la raison. Il est à la fois plus ancien dans l'histoire de l'espèce et plus inconscient dans tous les sens possibles, il relève des fonctions

inférieures de l'homme, celles qu'il possède en commun avec les autres mammifères. Il est la condition du vivant. De plus, les syndromes affectifs se retrouvent dans la plupart des pathologies mentales, parmi les psychonévroses de défense comme dans les schizophrénies.

La psychiatrie qualifiera bientôt ces syndromes de « troubles de l'humeur ». Que de tels troubles soient traitables biologiquement permet-il d'en faire une pathologie au même titre qu'une névrose ? Situer l'humeur est le pivot de la réflexion psychiatrique. Pour éclairer la place de la technique dans les redécoupages catégoriels et les redéfinitions des pathologies, j'aborderai les débats étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques qui ont accompagné l'usage de l'électrochoc.

Son invention en 1938 par Ugo Cerletti et son assistant, Lucio Bini, joua un rôle catalyseur dans les premières controverses qui ont contribué à dessiner la carte des états dépressifs. En 1954, lors d'un colloque sur les états dépressifs, un orateur déclare : « Si tout psychiatre doit à Freud de pouvoir analyser la personnalité de ses malades, il ne faut jamais oublier que c'est à Cerletti que les malades doivent presque toujours la guérison rapide de leur crise[140]. » En se situant entre Freud et Janet, Cerletti inaugure la phase technique d'une histoire où se nouent les rapports entre l'homme coupable et l'homme insuffisant. Le sujet malade s'élabore à travers une question diagnostique : à quelle pathologie sous-jacente doit être rattaché le syndrome dépressif ? Sa réponse suppose de se centrer sur l'étiologie et la pathogénie, sur les motifs de la maladie et sur ses mécanismes.

De la fin de l'entre-deux-guerres au début des années 1950, deux traits caractérisent la situation des « états dépressifs ». Le premier

tient à la perception de la souffrance psychique en médecine de ville : des plaintes multiples sont manifestement formulées, mais ne sont guère prises en compte par les médecins généralistes — du moins si l'on en croit les psychiatres. Le second trait est psychiatrique : le problème est de savoir quels sont le rôle et la place de l'affect dans les dépressions non mélancoliques. Il y va du choix de la stratégie thérapeutique : ces dépressions peuvent-elles être traitées par l'électrochoc ? C'est le débat clé. Son enjeu est la réunion des éléments hétérogènes qui définissent *un sujet affectivement malade*.

Médecine générale : malades imaginaires et impuissance thérapeutique

La spectaculaire maladie démoniaque a été arrachée aux prêtres comme aux gynécologues pour entrer dans le giron des neurologues et des aliénistes ; la fatigue silencieuse ou plaintive du nerveux contribue à faire sortir l'absence de volonté, la paresse ou la désobéissance de la morale et de la philosophie. Un immense champ de la souffrance humaine devient visible à travers le décentrement de la conscience et la fragmentation du Moi que désigne le terme de névrose.

Pourtant, au cours des deux premières décennies du XX^e^ siècle, la neurasthénie ne fait plus l'objet d'une mobilisation des hommes de lettres, des savants et de la presse — il en va de même d'ailleurs avec l'hystérie[141]. Les travaux publiés au cours de l'entre-deux-guerres et pendant les années 1940 soulignent, sans plus de

précisions, l'importance quantitative de troubles de type psychiatrique sans délire en médecine générale. « Le problème des états dépressifs, écrit un psychiatre en 1938, se pose fréquemment dans la pratique de la médecine générale comme dans l'exercice de la psychiatrie spécialisée[142]. » Dans la plupart de ces cas, on a affaire à des plaintes où l'obsession, le doute et la fatigue dominent. Quand la fatigue résulte d'un surmenage, le terme de neurasthénie est conservé[143]. Quand elle résulte d'obsessions, on y voit plutôt une faiblesse constitutionnelle, une dépression constitutionnelle. Selon la littérature psychiatrique, les plaintes semblent légion en médecine générale. Néanmoins, trois types de problèmes semblent caractériser ces états et empêcher les médecins de leur accorder une attention suffisante.

Sont-ils vraiment malades ?

Le premier problème est que les médecins ont bien des difficultés à les reconnaître au double sens du terme : à émettre un diagnostic, mais également à les considérer comme réelles. Le diagnostic est compliqué, car « il ne s'agit pas d'une de ces maladies, un peu trop théoriques, à pathogénie univoque, à symptomatologie bien délimitée, à évolution rigide ». Ces malades, fatigués par leurs doutes et leurs obsesssions, doivent accomplir « une somme de travail [...] sans relâche dans la lutte et l'effort[144] ». Les patients ne délirant pas, les médecins ont tendance à penser qu'ils « imaginent », voire se regardent un peu trop le nombril. S'il faut les écouter avec patience, il convient parfois de les secouer. Hystériques, somnambules, doubles personnalités, amnésiques et autres spasmophiles, combien parmi eux de malades imaginaires, voire de simulateurs ? Articles et manuels de psychiatrie s'efforcent

de convaincre les médecins de la réalité de ces troubles fonctionnels, mais que peuvent faire ces derniers de plaintes sans fondement organique dans une période où il n'existe aucune culture générale de la psychologie permettant de donner une réalité sociale à des pathologies mentales sans franc désordre du comportement ou des idées ? D'où cette pédagogie insistante : « Les allégations neurasthéniques sont sincères et réelles[145]. » Il faut en effet aux médecins des lésions ou des agents pathogènes pour être convaincus de l'existence d'une maladie.

Ouvrons le *Traité de thérapeutique clinique* du Pr Paul Savy publié en 1948. L'ouvrage a l'intérêt de s'adresser aux médecins généralistes et d'être indicateur de ce qu'on disait à l'époque hors de la psychiatrie. Introduisant la partie consacrée aux maladies de l'encéphale, Savy écrit dans un bel élan d'optimisme : « Le spirituel s'est matérialisé[146]. » Pourtant, son texte ne semble pas indiquer une meilleure perception des problèmes psychopathologiques chez les généralistes. Il constate en revanche « l'extrême fréquence des états psychopathiques et la difficulté de leur thérapeutique[147] ». Les médecins doivent différencier ces « états » des maladies mentales, parce qu'il s'agit de troubles fonctionnels où l'épuisement du système psychique prédomine apparemment, les facultés de raisonnement et de jugement du patient restant entières. Les symptômes se cachent sous des formes gastriques, cardiaques, musculaires ou génitales. Comprendre le malade, ne pas prendre à la légère ses malaises, c'est admettre la réalité d'une souffrance morale, c'est déjà aider le malade[148]. C'est aussi rassurer le patient et sa famille qu'il ne s'agit pas de démence ou de folie.

Le caractère est un destin

Un deuxième genre de difficultés provient des représentations de la notion de constitution. Le tempérament du malade ou son caractère sont ainsi faits qu'ils lui donnent peu d'aptitudes à goûter de la vie. « Modifier une prédisposition inexorable à l'instabilité humorale et psychologique [...] est illusoire pour ceux qui croient à l'irréductibilité totale des constitutions et qui assignent aux comportements morbides la fixité d'une lésion histologique[149]. » Que faire contre la nature ? Pas grand-chose, bien que l'analyse psychologique donne les moyens d'examiner ces constitutions fragiles et de les renforcer. La médecine se laisse impressionner par le roc de la nature. Quand l'état constitutionnel domine, les espoirs de guérison sont faibles. Les médecins savent bien diagnostiquer les névroses d'angoisse dans lesquelles dominent des crises de quelques minutes qui font vivre les malades dans la crainte permanente de leur retour. Si le diagnostic est facile, la thérapie l'est beaucoup moins parce que « le fond de prédisposition, qui échappe en partie à l'emprise médicale, prime souvent la part qui revient aux causes occasionnelles sur lesquelles il est plus aisé d'agir[150] ». De plus, les pronostics sont difficiles à faire : on connaît des malades qui ont des accès pendant quelques mois, tandis que des rechutes sont à prévoir et que les formes chroniques durent parfois une vie entière[151]. La psychiatrie est incapable de fournir aux généralistes les outils permettant de répondre à ces plaintes.

Des médications bien aléatoires

La troisième difficulté concerne les médications. En médecine générale, on dispose au cours des années 1930 de médications fort aléatoires pour traiter les pathologies nerveuses : reminéralisation, calcithérapies, toniques, comme le thé, le café, le quinquina, voire la

strychnine, sédatifs, comme les barbituriques, pour l'émotivité, opiacés, dont les effets thérapeutiques sont très discutés, faradisation — une électrothérapie sans rapport avec l'électrochoc —, exercices physiques, etc. Le traitement médical « ne peut se borner à la prescription exclusive de drogues et de régimes. L'impressionnabilité, le sentiment d'impuissance, les tendances obsédantes et les échecs pragmatiques, corollaires de l'asthénie et du spasme, nécessitent des médications morales. Le traitement médical de la dépression constitutionnelle exige une psychothérapie patiente et ferme[152] ».

Dix ans plus tard, les moyens curatifs ont peu évolué : le « repos moral et physique [aussi bien] que l'activité, des prescriptions calmantes autant que stimulantes[153] ». Les cures thermales sont utiles, surtout à cause de la présence continue d'un médecin. L'opium « exerce une action sédative indéniable, mais les barbituriques sont plus maniables ». Dans le cas de manifestations somatiques, un examen minutieux « est appelé à servir de base à une psychothérapie rassurante[154] ». Attitude toute de compréhension et direction de conscience, l'importance des anciennes médications psychologiques est rappelée à l'envi : le malade n'est pas un insensé, et sa volonté défaillante peut être remplacée par celle, bien plus ferme, du médecin : « Le traitement médicamenteux ne représente pas un élément essentiel, fondamental, de la thérapeutique de la psychasthénie. Toutefois, *à titre d'adjuvant de la psychothérapie*, et en se défiant de toute polypharmacie, il peut être utile de prescrire soit certains toniques [...], soit des médicaments sédatifs généraux pour calmer l'état d'agitation et d'insomnie[155]. » La médication est de toute façon des plus éclectiques. À l'approche de l'invention des médicaments de l'esprit, la pharmacologie ne semble guère avoir avancé depuis l'invention des barbituriques au début du XX^{e} siècle.

Le vieil opium est encore recommandé, et les discussions sur ses propriétés sédatives ou toniques se perpétuent depuis plus d'un siècle[156].

Aucun remède n'a de résultats probants, c'est-à-dire stables et reproductibles. Quand une maladie est guérie, les médecins ne savent pas s'il faut imputer la guérison à l'effet du traitement ou à une évolution naturelle[157]. Aucune régularité dans l'action médicamenteuse ne permet de standardiser des procédures de soin.

Hors de la folie, la souffrance psychique reste dans un obscur halo. Henri Ey le note en 1947 : en « médecine générale [...], le domaine du "psychique" est rejeté dans les limites des épiphénomènes ou du néant[158] ». Absence d'ancrage institutionnel permettant de donner une réalité médicale aux troubles fonctionnels, polarisation sur la constitution ou le tempérament, efficacité aléatoire de la médication et pronostic délicat de ces pathologies aux symptômes polymorphes : ces éléments résument la pathologie non délirante en médecine générale. Car, hors de la folie, l'intimité est une affaire privée. Aucun contexte social ne pousse à accorder une attention aux discrets petits désordres mentaux.

Corps dociles, familles respectables, ambitions modestes

Jusqu'au tournant des années 1960, les désordres de l'intime, y compris ceux de l'esprit, ne sont des problèmes publics que lorsqu'ils sont dangereux pour la paix publique ou les bonnes mœurs. L'homosexualité est une monstruosité sociale (et une perversion pour la clinique psychiatrique et psychanalytique), l'amour libre et la liberté de mœurs un scandale. *La Garçonne*, par exemple, publié

par Victor Margueritte en 1922, qui narre l'histoire d'une jeune femme de la bourgeoisie décidée à vivre librement sa sexualité, suscite un énorme scandale et un succès commercial équivalent. « Tant de romans autobiographiques, journaux intimes, souvenirs, confessions [...] connaissent depuis quelques années une vogue si extraordinaire », écrit Michel Leiris en 1939[159]. L'attention à sa propre vie intérieure, qu'il s'agisse des conduites sexuelles ou de l'autoanalyse des sentiments, n'est certes pas le monopole de la littérature, comme en témoigne, par exemple, l'importance du journal intime dans toutes les couches de la bourgeoisie[160], mais la personne est prise dans une configuration normative du devoir social et de la conformité à des interdits. Les institutions (famille, école, entreprise) ont non pas tout pouvoir, mais toute autorité sur leurs membres : discipline, obéissance, soumission sont les garants du bon fonctionnement de l'ordre social. Les corps doivent être dociles[161], les familles respectables et les ambitions modestes. Dans une telle configuration, on se soumet à la discipline ou on se révolte contre elle, on observe les interdits ou on les transgresse et, dans ce cas, si l'on ne se cache pas, on fait scandale.

La vie des classes populaires est un destin social — l'usine ou la ferme sont le seul horizon —, tandis que celle de la bourgeoisie est organisée par des règles strictes qui lui offrent un autre destin. Le grand rêve national[162] de l'entre-deux-guerres est la propriété : elle est l'aspiration majeure des Français qui se pensent comme une nation de propriétaires. Dans le monde paysan, la petite exploitation familiale est la forme d'organisation dominante, et, malgré l'amélioration du sort des agriculteurs et l'élévation de leur niveau de vie, le confort est absent et les habitations sont bien souvent des taudis. Du côté ouvrier, les possibilités de promotion sociale sont inexistantes : isolement et relégation sont les maîtres mots de leur

destin. Le monde bourgeois, malgré son hétérogénéité, est uni par une même aspiration à la promotion sociale et à la conservation ou à l'augmentation du patrimoine. Son modèle familial, sous l'autorité du seul détenteur de droits qu'est le père de famille, s'offre comme référence à l'ensemble de la société.

Cette société est de devoir et de destin dans la vie privée : la conception de la relation individu-société consiste à protéger la société des excès ou des déviances de l'individu en le maintenant dans un cadre strict : la relation est d'opposition. À l'intérieur de la personne, l'affrontement entre l'instance du Surmoi et celle du Moi crée, dit Freud, un « "sentiment de culpabilité" [qui] se manifeste sous forme de "besoin de punition"[163] ». À l'extérieur, les institutions ont pour fonction de maintenir l'ordre et l'autorité, mais aussi de conserver un équilibre entre les droits et les devoirs de chacun. L'institution est l'ensemble des « moyens d'organisation nécessaires à un regroupement pour lui permettre d'atteindre son but. [...] L'individu doit se plier aux règles qui organisent l'institution, mais garde ses droits de défense contre celle-ci si, d'aventure, elle exerce son autorité sans rapport direct avec la réalisation de ses buts[164] ». L'individualité ne prend consistance que dans sa prise en charge par un dehors, on ne lui demande guère de capacités d'adaptation ou de transformation personnelle, on n'exige d'elle aucune motivation, seulement de remplir un rôle social défini en fonction des buts de l'institution auxquels la personne est supposée adhérer. Le « phénomène bureaucratique » décrit par Michel Crozier, dans un ouvrage qui fit grand bruit au début des années 1960, en constitue la caricature. Mais comment ce système de règles aurait-il pu apparaître soudainement absurde si la société française n'était pas en train de sortir du commandement autoritaire et d'amorcer la grande transformation de ses mœurs ?

La culture politique de cette société se singularise par le face-à-face individu/État, la faiblesse des corps intermédiaires et une conception active de la citoyenneté. Dans la culture politique républicaine, le citoyen est le seul authentique individu parce qu'il (s') est arraché à toutes les dépendances privées. Le citoyen relève de la sphère publique, qui est l'espace de l'égalité et de la liberté, l'individu de la sphère privée, qui est l'espace de la hiérarchie et de la dépendance. La famille est l'institution où l'on distingue le mieux le privé et le public, le domestique et le politique. Elle « incarne, en contrepoint de la citoyenneté, la part de la condition humaine qui n'est pas choisie, mais doit être reçue comme un héritage. Elle est ce qui assoit, en définitive, le sens même du contrat démocratique en liant à ce qui ne relève pas de l'autonomie des volontés[165] ». Le domestique est le lieu de la permanence *et* de la soumission.

Dans un contexte général où l'individualité est prise dans des disciplines, des interdits et des règles strictes d'obéissance, l'intimité est socialement une affaire privée, elle relève du secret personnel ou de celui des familles. Les familles bourgeoises, dont François Mauriac a été l'un des plus grands portraitistes, ne voient pas leurs conflits internes s'exprimer en dehors du cadre familial, sinon par la pathologie mentale ou les affaires judiciaires. « Le lit conjugal, pense Breuer, est chez les femmes à l'origine de la plupart des névroses graves[166]. » Quand l'intime se traduit par une souffrance ou par un comportement anormal, le patient va éventuellement l'exprimer dans le cabinet d'un médecin ou dans le confessionnal du prêtre. Dans un tel contexte institutionnel et mental, on ne peut penser le désordre intime que comme une franche maladie. Ainsi les névrosés sont-ils, selon Freud, des « malades psychiques, manifestement très proches des psychosés[167] ». La notion de mal-être ne peut faire sens au sein de cette configuration.

Le problème des psychiatres s'intéressant aux pathologies que l'on vient d'évoquer est d'étendre le domaine du pathologique, il est de faire reconnaître par les autres spécialités médicales que les pathologies mentales non délirantes doivent être prises en charge. Une grande partie de la psychiatrie s'est ralliée, à partir de la fin du XIX^e^ siècle, à l'idée que le normal n'est pas d'une nature différente du pathologique. La référence à la notion de « maladie » commence à être contestée, et des ensembles plus souples — syndromiques — s'y substituent[168].

L'itinéraire qui mène à l'individu souverain, l'homme « qui peut promettre et répondre de soi », suppose un lent mûrissement. Il implique, selon Nietzsche, le marquage des corps « par la moralité des mœurs et la camisole de force sociale[169] ». Pour que la coupure entre le normal et le pathologique devienne l'objet de polémiques morales, il faudra que la notion d'une individualité disciplinée et conforme entre en crise au profit d'une autre normativité recomposant la situation de l'intime[170]. Le déclin d'une régulation par la discipline et le partage permis-défendu, d'une part, et le glissement du problème normal-pathologique vers un plan moral, d'autre part, ne sont pas deux processus séparés. Ils se déroulent au même moment, dans le social et dans le psychiatrique.

En psychiatrie, ce processus a impliqué l'invention de techniques biologiques de guérison. Sa première étape est la découverte d'une technique de soin destinée aux schizophrénies, mais se révélant surtout efficace dans la mélancolie : l'électrochoc. Dans les autres états dépressifs, aucun consensus ne s'instaure sur son efficacité. La dépression amorce l'histoire de ses avatars.

Guérir enfin ?

À la suite d'une initiative prise par Henri Ey en 1947 de créer une association internationale de psychiatrie se tient à Paris en 1950 le premier congrès mondial de psychiatrie[171]. Jean Delay (1907-1987), titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à Sainte-Anne, prononce — à la place de Janet, mort en 1947 — la conférence d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne : « Si le mot de guérison, déclare-t-il, si grave par les espoirs qu'il fait naître, ne doit toujours être prononcé qu'avec réserve, il ne nous est plus interdit. C'est à traiter les malades que vise aujourd'hui essentiellement la médecine mentale, rejoignant ainsi l'objet de toute médecine. Les asiles sont devenus des hôpitaux, et de même que le congrès de 1900 était placé sous le signe de l'Assistance, il semble que le congrès de 1950 puisse enfin être placé sous le signe de la *Thérapeutique*[172]. » La majuscule et les italiques sont de Delay.

Les raisons d'un optimisme thérapeutique

Rétrospectivement, l'optimisme de Delay semble étonnant, et cela pour deux raisons. D'abord, il n'est guère évident que les asiles soient devenus des hôpitaux au sens médical du terme. Bien au contraire, la population internée est essentiellement composée de malades chroniques, de vieillards atteints par la démence sénile, d'« agités », qui constituent la plaie de l'asile, et de mélancoliques, dont le personnel craint les tentatives de suicide. La revue *Esprit* publie en 1952 un dossier dont le titre résume à lui seul l'état de l'appareil psychiatrique : « Misère de la psychiatrie ». Une conception d'ordre public domine (avec tous les abus de

l'internement) dans des asiles qui restent « l'apanage des classes populaires[173] ». Il y a manifestement un contraste saisissant entre ce que les psychiatres décrivent du quotidien asilaire[174] et le portrait moderniste que dresse Jean Delay au sortir de la guerre.

Pourtant, une atmosphère à la fois thérapeutique et moderniste souffle sur le milieu : « révolution psychiatrique » est une formule que l'on trouve dans la bouche de nombreux psychiatres. Administrativement, la psychiatrie asilaire passe de la tutelle du ministère de l'Intérieur à celle, toute nouvelle, du ministère de l'Hygiène dans les années 1920. Les asiles d'aliénés deviennent des hôpitaux psychiatriques, les aliénistes des psychiatres, et les gardiens des infirmiers psychiatriques par décret en 1937, mais il faut attendre plus de vingt ans pour que, en 1958, le mot « aliéné » soit remplacé par celui de « malade mental »[175]. Désaliéner les fous est le grand thème mobilisateur des psychiatres du cadre.

Une deuxième raison conduit à s'étonner de l'optimisme de Delay. Dans le volume du congrès consacré aux thérapeutiques biologiques n'apparaissent que les méthodes de choc inventées dans l'entre-deux-guerres. Le premier neuroleptique, qui verra le jour en 1952, et dont le succès est tel qu'un colloque international lui est consacré dès 1955 à Paris, ne fait évidemment l'objet d'aucune allusion. La maigreur thérapeutique de l'époque est un thème récurrent de la littérature psychiatrique quand elle raconte l'histoire des médicaments de l'esprit[176]. La plus célèbre d'entre elles, l'électrochoc, n'est-elle pas une méthode barbare qui fait trembler les malheureux qui doivent la subir ? Ugo Cerletti conclut son exposé au congrès de 1950 de la manière suivante : « Oui, Messieurs, délivrer l'homme de l'électrochoc fut la première idée qui me vint quand j'ai pratiqué le premier l'électrochoc sur l'homme. […] Nous travaillons dans l'espoir de vous dire un jour : Messieurs,

l'électrochoc ne se fait plus[177]. » Cet espoir sera déçu : l'électrochoc est aujourd'hui encore le remède le plus puissant contre la mélancolie et reste le dernier recours dans les dépressions résistantes aux antidépresseurs.

La psychiatrie dispose de moyens thérapeutiques aujourd'hui considérés comme rudimentaires, une conception d'ordre public est dominante, et les hôpitaux restent pour l'essentiel des asiles. Qu'est-ce qui permet alors à Delay d'employer ce ton ? Son optimisme n'est-il qu'une rhétorique de bon aloi face aux représentants de tous les courants psychiatriques, neurologiques et psychanalytiques[178] d'un congrès qui réunit quarante-sept nations et deux mille participants ? Or les méthodes de choc sont considérées, à juste titre, comme une révolution[179].

Les psychothérapies avaient permis d'agir sur deux genres de pathologies : les asthéniques et les hystériques. Les spécialistes français s'accordent, au début du XX^e^ siècle, sur le fait qu'il existe de multiples états intermédiaires entre la normalité et l'aliénation. Pour les malades les plus atteints, le diagnostic psychiatrique se réduit à établir un pronostic. Deux grandes catégories de maladies sont définies au cours de cette période : la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie[180] ou, plutôt, le groupe des schizophrénies.

La première, définie par le maître de la psychiatrie allemande Emil Kraepelin (1856-1926), se caractérise par l'alternance d'accès maniaques (qui peuvent aller jusqu'au délire) et d'accès dépressifs : les formes les plus légères sont essentiellement caractérisées par une inhibition psychique et une humeur abattue. « Particulièrement frappante, écrit Kraepelin, est la *diminution* considérable *de la faculté d'agir*[181]. » La réduction des capacités d'action est, avec la tristesse et la douleur morale, une des deux grandes manifestations de la dépression. Dans les formes aiguës, il s'agit à proprement parler de

mélancolie avec des troubles sensoriels et des idées délirantes (délire de culpabilité) pouvant conduire au suicide. La schizophrénie provient d'un changement du deuxième groupe de psychoses définies également par Kraepelin : la démence précoce (précoce, parce qu'elle commence dans la jeunesse du malade). Elle combine des dysfonctionnements des mouvements du corps, des émotions et un système de pensée hallucinatoire. Le psychiatre suisse Eugen Bleuler (1857-1939) met en avant une dissociation psychique dont le symptôme est ce trouble de l'association des idées qu'on appelle « un délire ». C'est elle qui définit la schizophrénie.

Mais, de Kraepelin à Bleuler, ce ne sont pas seulement les définitions de deux grands ensembles psychotiques qui se stabilisent. Ces deux psychoses se caractérisent certes par des symptômes corrélés les uns avec les autres et par une évolution temporelle spécifique à chacune (Kraepelin), mais elles correspondent surtout à deux grandes fonctions psychiques, « elles engagent toute la façon d'être du malade par rapport à la réalité ambiante[182] ». La schizophrénie est une perte de contact affectif, la psychose maniaco-dépressive laisse le malade intact entre les phases. Bleuler considère qu'on a là les deux aspects pathologiques des principes fondamentaux de la vie humaine : la psychose maniaco-dépressive est une pathologie de « l'élan personnel », élan sans lequel on ne peut vivre dans le monde, la schizophrénie est une pathologie du détachement à l'égard du monde, détachement sans lequel une personnalité ne peut se constituer. La coexistence harmonieuse de ces deux facultés engendre « le maximum d'équilibre, de félicité et de rendement auquel nous croyons avoir le droit d'aspirer[183] ». Si le génie de Kraepelin fut de ramasser la diversité psychotique en deux espèces, celui de Bleuler fut de les avoir inscrites dans une continuité avec la normalité. S'il n'a pas permis d'expliquer les

psychoses[184], il a rendu compréhensibles les types de subjectivités dont elles relèvent.

La dissolution identitaire et la rupture affective avec le monde sont les grands traits du territoire psychotique au moment où émergent les premiers moyens biologiques d'agir sur les pathologies. Pour Kraepelin, ces traits condamnent les malades à l'incurabilité ; pour Bleuler, ils obligent le psychiatre à engager sa personnalité dans un contact affectif. Il est la condition même de l'amélioration des malades.

L'importance des traitements de choc tient à ce qu'ils ouvrent la voie à l'action. Pour la première fois dans l'histoire des thérapeutiques, la psychiatrie est capable d'établir une relation *stable* entre une médication et une guérison. Ces techniques ancrent la psychiatrie dans la médecine, la font entrer dans la modernité scientifique — tel est le sens du discours de Delay. Agissant *régulièrement* et de *façon durable,* elles permettent de définir des maladies par un effet de « dissection pharmacologique ». La thérapeutique biologique devient une donnée fondamentale dans la nosographie psychiatrique et dans la recherche des causes ou des mécanismes donnant naissance à une pathologie mentale. La psychiatrie dispose d'un témoin fiable : la réactivité du patient à un traitement est un moyen de vérifier la justesse du diagnostic porté. La médecine mentale entre dans l'âge de la dissection pharmacologique.

La question de l'humeur devient décisive, car l'intrication des aspects somatiques et psychiques de la maladie mentale se fait dans un nouveau contexte : les méthodes de choc fournissent des bases *expérimentales* pour comprendre l'étiopathogénie des troubles mentaux. En effet, ces méthodes confirment au niveau thérapeutique la réflexion clinique du XIX^e^ siècle : l'affect malade est la base de

toutes les folies, délires et hallucinations n'en sont que la conséquence. C'est à l'humeur qu'il faut imputer les dérangements de la raison, l'éparpillement de la pensée en fragments, la dissolution de l'identité de la personne.

Un sujet affectivement malade

Les méthodes de choc, d'abord destinées à la schizophrénie, cherchent à produire ou un coma ou une convulsion. Selon les cas, on tente d'obtenir une sédation ou une stimulation. Ces méthodes sont la malariathérapie (pour laquelle Julius Wagner-Jauregg reçut le prix Nobel de médecine en 1927), la cure de sommeil aux barbituriques (la narcose étant supposée libérer les schizophrènes de leurs automatismes), le choc hypoglycémique avec l'insuline et la convulsivothérapie avec le cardiazol. Mais c'est une technique épileptogène, dont le succès fut bien plus important, qui nous importe, car elle renouvelle le problème de la dépression : l'électrochoc. Il se généralise au cours de la guerre, y compris hors de la région parisienne[185].

Ces techniques permettent de tester expérimentalement des hypothèses sur la pathogénie des maladies mentales. Quels sont les mécanismes produisant le coma ou la convulsion ? Pour quelles raisons les chocs ont-ils un effet thérapeutique ? Et de quelle nature ? Bref, que soigne-t-on exactement ?

Trois figures clés : Henri Claude, Hean Delay, Henri Ey

En France, l'essentiel de l'affaire se déroule à Sainte-Anne sous la houlette d'Henri Claude (1869-1945). Ce neuropsychiatre domine institutionnellement la psychiatrie française de l'entre-deux-guerres[186]. Ami de Janet, il se fait connaître au début du siècle par des travaux endocrinologiques (l'action de l'adrénaline sur le système nerveux), puis pendant la Grande Guerre par des travaux neurologiques (avec Jean Lhermitte ils montrent le rôle des centres neuro-végétatifs dans les régulations métaboliques et dans les régulations psychologiques). Élu à la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale en 1921, il met en place le premier service ouvert à Sainte-Anne et obtient qu'un stage de psychiatrie soit obligatoire pour tous les étudiants en médecine. Il codirige *L'Encéphale*, fondé en 1906. La plupart de ceux qui importeront en psychiatrie après la guerre passent chez Henri Claude : Henri Ey, chef de clinique de 1931 à 1933, où il se lie d'amitié avec Jacques Lacan ; Henri Baruk, un des promoteurs de la psychiatrie sociale qui se fit connaître dès l'entre-deux-guerres par des travaux de psychopharmacologie et fonde en 1962 *Les Annales Moreau de Tours*[187], etc. Henri Claude accueille dans son service, au cours des années 1920, les fondateurs de la future Société psychanalytique de Paris — Freud est peu connu à l'époque, n'est guère compris par les médecins et est souvent perçu comme un Janet « allemand ».

Henri Ey et Jean Delay appartiennent à la génération suivante. Ils sont les deux grands maîtres de la psychiatrie française de l'après-Seconde Guerre mondiale[188]. Tous deux sont de plus, comme Claude à son époque, des personnages carrefour.

Jean Delay est un des rares psychiatres qui soit professeur d'université, et ses travaux ont déjà une réputation internationale. Il a été chef de clinique du Pr Guillain, l'un des successeurs de Charcot à la Salpêtrière, « la Mecque des neurologistes », et son premier

biographe. Il a fait une analyse (didactique, écrit-il) avec Édouard Pichon, un des introducteurs de la psychanalyse en France et, par ailleurs, gendre de Janet. Delay arrive à Sainte-Anne, « qui est à la psychiatrie ce qu'est la Salpêtrière à la neurologie[189] », à la fin des années 1930. Il obtient la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale en 1946. Sainte-Anne était, à la fin du XIX^e^ siècle, le haut lieu de l'école de la dégénérescence. Les succès de Charcot et de ses élèves à la Salpêtrière en signent le déclin au début du XX^e^ siècle. L'interprétation de l'électrochoc par Delay, qui s'impose comme la référence doctrinale dans les années 1940, puis l'expérimentation du premier neuroleptique au cours de l'année 1952 restaurent le prestige de l'École de Sainte-Anne. Sa réputation égale bientôt celle de la Salpêtrière cinquante ans auparavant. Tous les courants de la psychiatrie française s'y croisent et s'y confrontent : Paul Guiraud (l'incarnation hexagonale de l'organicisme, et le maître d'Ey) et Georges Daumézon (l'un des chefs de file de L'Évolution psychiatrique) y sont chefs de service, Lacan et Ey y tiennent leur séminaire dans les années 1950.

Henri Ey (1900-1977) a un tout autre profil : il a le prestige de Delay, mais non le pouvoir. Médecin-chef de l'hôpital de Bonneval, sans carrière universitaire, il n'a aucun poste à offrir. Mais son importance est néanmoins décisive, et elle est triple. D'abord, il est l'homme qui tout au long de sa vie confronte la psychiatrie et la psychanalyse. Il participe dès son origine au groupe de L'Évolution psychiatrique et à la revue du même nom, créée en 1925 et dirigée par le psychanalyste René Laforgue : c'est essentiellement dans ce groupe que se fait la confrontation et que s'opère intellectuellement la greffe entre psychiatrie et psychanalyse[190] — la jonction est faite au tournant des années 1960. Une partie des fondateurs de la revue crée en 1926 la Société psychanalytique de Paris et sa propre revue,

La Revue française de psychanalyse. Henri Ey prend en 1932 la direction de *L'Évolution psychiatrique* qu'il conserve jusqu'à sa mort en 1977. Pour Ey, « la psychanalyse a fourni une compréhension nouvelle du mécanisme des maladies mentales, elle présente à son actif des résultats thérapeutiques impressionnants[191] ». Il pousse en même temps à ouvrir la revue aux neurologues. Intégrer la psychanalyse dans la psychiatrie et asseoir la psychiatrie à l'intérieur de la médecine est la double voie qu'Henri Ey tente d'imposer jusqu'à la fin de ses jours.

Son importance institutionnelle vient également de ce qu'il est le principal promoteur de la psychiatrie de secteur et de la séparation entre neurologie et psychiatrie. L'homme tenait fermement à ses positions organicistes tout en ayant la conviction profonde que seule la confrontation sans retenue des arguments pouvait faire progresser la psychiatrie, et non la recherche d'un imaginaire consensus. Les colloques qu'il organisa entre les années 1940 et les années 1960 à Bonneval sont restés célèbres pour leur liberté de ton. Henri Ey est le deuxième personnage carrefour de la psychiatrie française.

Les lésions laissent la place aux fonctions

Henri Claude expose sa conception de la psychiatrie dans sa leçon inaugurale en 1921 : « Dans une maladie mentale on est en présence, le plus souvent, d'une intrication de facteurs somatiques et psychiques dont l'étude met en lumière l'importance du terrain individuel, conception plus précise et moins rigide que celle de constitution mentale. Tel est le but que s'est assigné notre enseignement à la Clinique de Sainte-Anne en insistant sur la méthode psychobiologique[192]. » Le raisonnement psychiatrique est en train de se modifier profondément : la théorie de la

dégénérescence et sa fatalité héréditaire déclinent au tout début du siècle[193] au profit de la psychopathologie clinique[194]. À partir des années 1930, des pratiques psychothérapeutiques (psychothérapie institutionnelle, ergothérapie, etc.) se développent[195] parallèlement à l'introduction des méthodes de choc. Selon certains témoignages, elles sont souvent combinées. Le nombre de psychoses chroniques diminue, un mouvement de sortie des asiles s'amorce[196]. La « révolution thérapeutique » précède nettement l'invention des médicaments de l'esprit au cours des années 1950.

Des moyens biologiques agissent, mais comment ? La conception anatomique limitée à la localisation de lésions apparaît notoirement insuffisante pour une simple raison : les traitements de choc ne réparent pas des lésions[197]. La maladie mentale doit être expliquée par d'autres mécanismes. De nombreuses recherches commencent à décrire l'intrication évoquée par Claude à Sainte-Anne, mais aussi à Charenton et à la Salpêtrière.

Traitements de choc et usage de drogues permettent d'ajouter aux méthodes cliniques des méthodes expérimentales, et particulièrement d'expérimentation humaine. La psychopharmacologie naissante fait comprendre les modes d'action des substances dans le système nerveux central : l'origine des troubles n'est pas une altération localisable dans un espace du cerveau, mais un processus *dynamique* attribuable à certaines aires du cerveau. Autrement dit, ce sont les *fonctions* de ces aires (système neuro-végétatif, diencéphale, etc.) que l'on commence à comprendre. Elles sont la base biologique des pathologies. Certains cherchent à lever l'inhibition catatonique avec la cocaïne, d'autres à produire des états schizophréniques avec ce même produit, mais à des doses très élevées, etc. Le premier laboratoire de psychopharmacologie est créé à Charenton (aujourd'hui Esquirol)

en 1930 grâce à la Fondation Rockefeller : on utilise des hormones ou des médiateurs chimiques (comme l'adrénaline) pour comprendre leurs mécanismes d'action[198]. Claude publie avec Baruk des travaux sur la catatonie et avec Ey des études sur les psychoses hallucinatoires. Ils montrent que l'affectivité est à la base des délires : ceux-ci résultent d'un désordre de la thymie — la thymie est un qualificatif technique qui désigne l'affect. La psychiatrie peut abandonner la conception anatomique au profit d'une conception neurobiologique : *les lésions laissent la place aux fonctions*. La maladie mentale résulte d'un dérèglement fonctionnel qui atteint l'affect et non d'une lésion, il relève d'une dynamique et non d'une statique. Or dynamique évoque changement, voire réversibilité, donc guérison.

Analyse de la personnalité des malades, essais thérapeutiques, recherches sur le système nerveux central s'allient à partir des années 1920 pour balayer la conception anatomique des psychoses et sa démence inéluctable que Kraepelin avait théorisée[199].

Les méthodes de choc permettent donc de démontrer l'existence de mécanismes biologiques sous-jacents aux maladies mentales. Ils relèguent les lésions ou les agents pathogènes à une place marginale. Couplées à la multiplication de recherches en laboratoire, ces méthodes conduisent à avancer des hypothèses précises sur les aires cérébrales où des processus chimiques commandent les réactions émotionnelles des personnes[200]. Autrement dit, elles sont le moyen d'établir empiriquement que la vie mentale résulte des liaisons entre l'affect et la représentation : « La séparation des centres où s'élaborent les actes intellectuels et ceux qui président aux manifestations instinctuelles n'est point aussi absolue que certains purent l'admettre pendant un temps[201]. » Les mécanismes étiopathogéniques des délires ou des ruminations

deviennent compréhensibles sur une base expérimentale. De quelle nature sont ces liaisons ?

Fonctions supérieures et fonctions inférieures : le grand consensus

La grande doctrine de l'entre-deux-guerres et des années 1940 est la hiérarchie des fonctions. Elle fait référence à un modèle exposé en 1884 par le neurologue britannique John Hughlings Jackson. Les maladies mentales sont des dissolutions des centres supérieurs du cerveau : constitués les derniers dans l'évolution de l'espèce humaine, ils sont plus complexes, plus volontaires et moins organisés que les centres nerveux inférieurs, qui sont, eux, plus simples, plus automatiques, mieux organisés. La désorganisation des centres supérieurs abolit le contrôle sur les inférieurs qui se libèrent et produisent ces automatismes mentaux dont la psychologie scientifique naissante à la fin du XIX^e^ siècle se nourrit. Ces automatismes sont de deux sortes : le délire et l'hallucination sont des symptômes positifs ; l'aboulie, la rigidité motrice, etc., sont des symptômes négatifs, déficitaires dira-t-on plus tard. Jackson est dans une perspective globale, fonctionnelle, évolutionniste et non dans une perspective lésionnelle. La maladie mentale apparaît ainsi comme une régression, un « retour à un état ancestral ou infantile[202] ». La théorie de Jackson sera une référence majeure permettant d'abandonner l'idée que les troubles mentaux sont des entités cliniques précises — des maladies[203]. La psychiatrie française est globalement jacksonienne (Pierre Janet, Henri Claude, Henri Ey, Paul Guiraud, Jean Delay[204], etc.). Elle y puise sa façon de voir l'inconscient.

L'organicisme défend le sujet

Henri Ey voit dans cette doctrine un grand intérêt : « elle permet d'étendre le "janetisme" jusqu'au "freudisme" sans tomber dans les erreurs et les excès de celui-ci[205] », à savoir qu'il pourrait exister une psychogenèse des pathologies mentales. « Toute diminution des forces psychiques supérieures entraîne une libération des énergies désignées par les termes d'inconscient ou d'instinct. La folie libère les tendances animales », écrit Ey en bon jacksonien[206]. C'est là que Janet et Ey se rencontrent : la maladie est l'effet « d'un *déficit énergétique*[207] ». L'insuffisance de la force psychologique ne permet plus de contrôler l'organique.

Seule la vie psychique « normale et libre » relève d'une psychogenèse : « L'activité psychique consiste à intégrer notre histoire dans l'intentionnalité de la conscience. » Mais cette liberté « est enracinée dans la vie organique, elle s'en nourrit, *l'intègre* et, par conséquent, la dépasse[208] ». Liberté et activité psychique sont deux notions qui se recouvrent entièrement, le psychisme étant « l'ensemble des fonctions qui assurent une adaptation personnelle à la réalité[209] ». C'est pourquoi « les maladies mentales sont des insultes et des entraves, elles ne sont pas causées par l'activité libre, c'est-à-dire purement psychogénétique[210] ». Le rapport entre le psychique et la folie est d'extériorité. La folie ne recèle aucune vérité pour l'homme, car elle est une éclipse du sujet, une désagrégation de l'activité psychique : « Sans doute pouvons-nous dire aussi correctement d'un hémiplégique qu'il *est* paralysé ou qu'il *a* une paralysie, mais nous ne pouvons pas dire aussi naturellement d'un schizophrène qu'il "a" une schizophrénie. Nous touchons donc quelque chose de réel avec ces différences de langage. Ceci est par moi éprouvé avec une telle exigence que je ne rédige jamais un certificat en mentionnant que le malade "est atteint de

schizophrénie" ou "a un délire chronique", mais qu'il présente des troubles mentaux caractéristiques de telle ou telle structure[211]. » Le sujet est malade au sens où la clé de voûte de sa liberté — la conscience — est atteinte par l'hallucination.

En 1950, Paul Guiraud (1882-1974), l'autre grande figure de l'organicisme français, ouvre le chapitre de sa *Psychiatrie générale* consacré à la psychanalyse en écrivant : « Il faut avoir vécu la période où la psychanalyse a été révélée aux psychiatres pour se rendre compte qu'elle a constitué pour notre science une véritable révolution[212]. » L'apport de Freud est, selon lui, « d'avoir trouvé des procédés pratiques d'exploration de l'inconscient et surtout de mettre en évidence que les symptômes étaient l'expression d'un conflit instinctif inconscient[213] ». La psychanalyse a poussé les psychiatres « à élaborer des théories sur la pathogénie des délires », écrit-il. Elle leur a permis d'expliquer le choix de tel ou tel délire par le malade alors que la psychiatrie classique en était restée à une attitude « botaniste », elle les a aidés à singulariser le malade, à rechercher la source de ses délires au « plus près de l'activité végétative ». La méthode biologique a appris des psychanalystes qu'il « faut pénétrer dans la région psychique qui se trouve au-dessous des fonctions du Moi », mais cette méthode ne peut réduire l'étiologie à la seule fonction sexuelle, car ce sont toutes les fonctions vitales qu'il faut prendre en compte : « Les chocs émotifs, les frustrations, les conflits surtout quand ils sont accentués ou répétés altèrent le fonctionnement des neurones tout aussi bien que des toxiques ou des irritations mécaniques[214]. » La psychanalyse a représenté un moyen de singulariser le patient, de comprendre une maladie à travers l'histoire d'une personne. Allié à « l'esprit biologique », elle permet à la psychiatrie d'être une médecine du sujet.

Si Ey voit dans la folie une insulte du corps à l'égard de la liberté humaine, Lacan la comprend tout autrement : « La question de la vérité conditionne dans son essence le phénomène de la folie [...]. Il tient à l'être même de l'homme », à cette intime conflictualité dont il est fait. « Loin qu'elle soit pour la liberté une insulte, répond-il frontalement à Ey au colloque de Bonneval de 1947, elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme non seulement ne peut pas être compris sans la folie s'il ne portait pas en lui la folie comme la limite de la liberté[215]. » De Ey à Lacan, c'est la définition du sujet qui fait l'objet de controverses. Pour le premier, il est limité à la normalité, pour le second, on ne quitte jamais le sujet, car la folie est « folie d'un sujet ».

Delay : une théorie de l'humeur

Dans un livre publié en 1946, Jean Delay place l'affect au centre de la psychose : « C'est sous cet angle particulier, à savoir comme des maladies de l'humeur, que nous envisageons ici les deux psychoses », c'est-à-dire les schizophrénies et la psychose maniaco-dépressive. Pourquoi l'humeur alors qu'une croyance perturbée est le signe majeur des psychoses ? « L'analyse de ces perturbations thymiques a pris un intérêt tout particulier depuis l'introduction en psychiatrie des méthodes de choc [...]. Ces méthodes exercent une action remarquable sur la sphère thymique, donc sur les psychoses dont un dérèglement de l'humeur constitue le trouble primordial[216]. » Dans les deux cas, on a affaire à une maladie de l'affect, à un dérèglement de l'humeur. Ce dernier est à la base des hallucinations et des délires.

La proportion de succès durables dans la schizophrénie est « d'après nos statistiques personnelles [de] pas plus de trente pour cent alors que nous avons obtenu quatre-vingt-dix pour cent dans la mélancolie[217] ». Il n'y a guère d'outillage statistique standardisé à l'époque, et Delay reste parfaitement imprécis sur ces comptages, mais l'ensemble de la littérature psychiatrique le confirme : l'électrochoc est *le* traitement de la mélancolie.

La mélancolie se définit par un effondrement de l'élan vital se manifestant dans une douleur morale : le sentiment d'incurabilité et le délire de culpabilité sont tels que le malade désire la mort, et se la donne souvent. « L'effondrement des instincts de vie dans la mélancolie, écrit Delay, va de pair avec le triomphe absolu de la conscience morale qui a tout pouvoir. » La mélancolie radicalise la conscience de soi sous la modalité d'une maladie de la loi : l'emprise de la culpabilité est telle qu'il n'y a guère de place pour un élan vital. Le mélancolique est kafkaïen : la loi est pour lui pur châtiment. Or, écrit Delay : « Cette conscience pathétique, organisée pour et par la douleur, *l'électrochoc* la transforme en s'attaquant précisément à sa *base thymique*[218]. » L'électrochoc régule durablement l'humeur : il est un traitement d'épreuve permettant de distinguer, dans une entité morbide, ce qui est syndrome — entité clinique pouvant relever de maladies différentes — et entité nosologique — la pathologie. Quand l'électrochoc fait disparaître provisoirement une forme morbide, celle-ci ne peut être qu'un symptôme ou syndrome ; quand il la fait disparaître durablement, elle s'apparente à une maladie. L'électrochoc a ici une double nature de soin *et* de définition de la pathologie, d'épreuve thérapeutique et de dissection pharmacologique : si l'humeur est la maladie, écrit encore Delay, « les rechutes sont exceptionnelles[219] ».

La conscience est décentrée, le Moi est fragmenté, c'est donc « l'homme total », dans son intégralité somato-psychique, que vise le raisonnement psychiatrique. L'analyse psychologique janetienne, la psychanalyse freudienne, l'organicisme jacksonien, la psychopharmacologie naissante et les méthodes de choc se renforcent mutuellement pour dessiner une configuration globale du sujet malade. Le dérèglement mental doit être compris et traité sur une double base : en agissant sur le noyau des fonctions inférieures, à savoir la thymie, et en intégrant ses fonctions supérieures dans le traitement, c'est-à-dire l'histoire singulière du patient. Le sujet malade est, pourrait-on dire, affectif : sa vie émotionnelle est le point de rencontre de sa maladie thymique et de son jugement erroné. Dans les années 1940, un organicisme dynamique rallie les différentes écoles[220]. C'est au sein de cette configuration que se déploient les affrontements.

Cet « anxieux », ce « déprimé », cet « asthénique » est-il un petit mélancolique ?

Delay définit la notion d'humeur de la manière suivante : « L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. Dans la mesure où l'on oppose dans la vie mentale une sphère thymique qui englobe les affections à une sphère noétique qui englobe les représentations, l'humeur est le phénomène thymique le

plus élémentaire et le plus général[221]. » L'action des chocs sur la thymie devient le lieu commun psychiatrique au cours des années 1940. Dans la mesure où l'humeur déréglée se retrouve dans de nombreuses pathologies, y compris névrotiques, suffit-il que la douleur morale et son corollaire, le sentiment d'impuissance, soient présents pour prescrire l'électrochoc ? Ou bien faut-il restreindre son indication à la mélancolie ? Autrement dit, a-t-on découvert un traitement agissant sur tous les syndromes dépressifs ou seulement sur des entités précises ?

Le psychiatre reconnaît facilement la mélancolie, car l'effondrement des instincts de vie du malade est visible dans son attitude. Il a « les yeux sans regard », écrit Delay[222]. Il ne sait pas d'où vient sa douleur : « Cet affaissement de tout l'individu, écrit en 1947 un jeune médecin dans sa thèse de psychiatrie, dans toutes ses activités est primitif et apparemment sans étiologie. [...] Cette douleur est sans cause psychologique : le malade la ressent, la subit, mais il l'explique difficilement[223]. » Sans cause psychologique, donc d'origine endogène, et l'électrochoc réussit à faire céder le fond thymique déréglé du mélancolique.

Pour les psychiatres de l'époque, la notion de dépression est dans l'ensemble assimilée à la mélancolie[224]. Mais les psychasthénies, les « dépressions névrotiques », réactionnelles, etc., dans la mesure où elles sont moins graves que la mélancolie, mais ont des aspects qui lui ressemblent, comme la diminution du tonus vital et la tristesse, sont-elles susceptibles d'être traitées par l'électrochoc ?

C'est évidemment au sein de l'hôpital psychiatrique que se fait la réflexion clinique. L'ouverture en 1922 à Sainte-Anne de l'hôpital Henri-Rousselle, premier service ouvert, où des malades souvent non psychotiques viennent consulter élargit la clientèle psychiatrique[225] : la psychiatrie y accueille, en partie du moins, des

patients qui ressemblent à ceux de la médecine générale. Ces états doivent-ils être définis à partir de la mélancolie ? « Dans l'état mélancolique mineur on se trouve en présence d'un malade qui, à l'interrogatoire, reconnaît sa tristesse. [...] N'exprimant aucune idée de suicide ni aucune idée délirante d'autoaccusation ou d'humilité, il paraît se comporter devant le médecin comme un individu fatigué[226]. » Mélancolies mineures ou réactionnelles : la dépression est encore dans l'orbite de la mélancolie. Mais elle se trouve également dans celle des névroses. Dans le premier cas, la dépression est toute la maladie, dans le second, sa place est bien moins claire.

L'électrochoc est-il une thérapie spécifique ?

La bataille de la dépression commence avec les discussions sur l'application de l'électrochoc hors de la mélancolie. C'est une bataille de définitions : faut-il distinguer plusieurs dépressions en fonction de leur étiologie ? Ces causes conduisent-elles à différencier les dépressions selon qu'il s'agit d'une psychonévrose de défense ou d'une névrose traumatique ? Doit-on considérer qu'il y a une unité des dépressions ? Les réponses données par les uns et par les autres ne dessinent aucun consensus.

Jean Delay estime l'électrochoc parfaitement inefficace, car « la tristesse du grand psychasthénique est d'un autre ordre que la douleur du mélancolique[227] ». Son humeur abattue n'est pas liée à un trouble thymique : le syndrome résulte d'un conflit psychique ou d'un traumatisme, car les fonctions supérieures sont seules atteintes. À l'inverse, Georges Daumézon pense qu'on ne peut plus guère distinguer mélancolies réactionnelles et endogènes, car elles

guérissent toutes au bout de quelques chocs[228], tandis que Paul Guiraud préconise l'application de l'électrochoc à toutes les dépressions dès 1943[229]. Deux psychiatres canadiens soulignent au congrès de 1950 que la méthode « s'est avérée indubitablement efficace et relativement anodine[230] » sur plus de deux mille malades — les statistiques de guérison et d'amélioration, ainsi que les précisions qui les accompagnent sont impressionnantes sur l'hystérie, l'anxiété, les dépressions réactionnelles, etc. « Cliniquement, l'action des électrochocs dans les psychonévroses est la même que dans les psychoses. L'hyperthymie mélancolique et anxieuse se calme rapidement. Le sommeil et l'appétit se régularisent. Le patient devient plus accessible à la psychothérapie[231]. » Les désaccords sur l'efficacité thérapeutique des chocs apparaissent au sein d'un consensus sur la nécessaire combinaison d'une psychothérapie et d'une chimiothérapie, car — c'est la ligne Janet-Cerletti-Freud — « thérapeutiques biologiques et thérapeutiques psychologiques, loin de s'opposer, se complètent[232] ».

Le symposium de 1954, dont je rappelle qu'il est le premier à être consacré aux états dépressifs en France, dessine bien le paysage des arguments après quinze ans d'usage de l'électrochoc. « Des écoles psychiatriques différentes [...] ont choisi pour s'affronter les états dépressifs, déclare Julien Rouart dans son exposé introductif. Nul doute que le caractère universel de la dépression comme expérience vécue n'en fasse le champ clos, ou plutôt très ouvert, d'un tel combat[233]. » Quels sont les arguments invoqués ?

Jean Mallet évalue très négativement l'efficacité des chocs dans les dépressions névrotiques, celles-ci ne pouvant être considérées comme des mélancolies partielles ou moins intenses. Elles relèvent dans la plupart des cas d'une névrose sous-jacente : « C'est

essentiellement de l'hystérie[234]. » La dépression n'est pas la maladie, l'électrochoc est inutile. Elle est le plus souvent une réaction de type hystérique à un genre d'événement précis : des déceptions. « Elles sont vécues comme une perte de l'estime de soi ou bien encore comme la perte d'apports extérieurs qui rehaussaient l'estime de soi[235]. » La notion de dépression implique perte, baisse ou chute. Elle porte sur une cible précise : l'estime de soi. Le déprimé répond aux déceptions par des reproches qu'il adresse à autrui ou à lui-même. Ces formes banales diffèrent nettement de la mélancolie, « le névrotique cherchant surtout à la cacher alors qu'elle s'exprime bruyamment dans les autoaccusations plus ou moins délirantes de la mélancolie[236] ». Le premier en a honte, le second l'affiche par perte des instincts de vie. Or l'estime de soi est, pour les psychanalystes, liée à une « particulière dolorosité », comme l'écrivait Freud, qui n'est pas l'angoisse, car elle ne signale aucun danger, mais une « réaction à la perte d'objet elle-même ». Cette douleur, qu'il appelle « narcissique », « agit pour ainsi dire sur le Moi en le vidant[237] ». Narcissisme-estime de soi, un couple encore marginal dans cette période, du moins dans la psychanalyse française. Il sera le point nodal des controverses psychanalytiques sur la dépression dans les années 1970.

Seulement, si l'on n'accepte pas, comme Ey, la distinction névroses-psychoses, il est logique d'affirmer que les traitements de choc marchent dans tous les types de dépression car l'argument est différent. Le tableau clinique du patient avec une dépression névrotique « donne l'illusion au médecin d'être en face d'un état dépressif parfaitement "compréhensible"[238] ». Illusion, car le médecin ne voit pas que l'important réside non dans la distinction entre une mélancolie et d'autres états, mais dans la définition du pathologique : l'électrochoc est efficace dans la mesure où

l'endogénéité est à l'origine du mal[239]. À « l'impossibilité d'être » du mélancolique répond « une insécurité d'être » qui est la trame permanente de l'existence dans les autres cas.

Mais un problème supplémentaire se pose. En effet, la distinction dépression névrotique-mélancolie est insuffisante car il existe de nombreuses formes atypiques ou des formes de transition entre les deux catégories : « les dépressions simples, les dépressions hystériques, les dépressions obsessionnelles ; les mélancolies de formes diverses : agitées, à type mixte, délirantes, schizophréniformes, fantastiques, stuporeuses[240] ». Or, pour l'auteur de cette contribution, cette floraison dépressive cède à l'électrochoc.

S'il n'y a aucun doute sur les progrès thérapeutiques, la question nosographique reste donc entière. L'épreuve thérapeutique ne semble pas équivaloir à une dissection pharmacologique : les entités cliniques ne sont pas mieux délimitées. Le constat est général : « Les déprimés ne se ressemblent qu'en apparence[241]. » Le qualificatif « état dépressif » possède une valeur pratique négative : c'est un moyen d'identifier des troubles variés, mais apparentés par un air de famille en les regroupant au sein d'une entité « carrefour », comme l'écrit en 1949 le Dr Le Mappian. Tout cela apparaît nettement lors des discussions au congrès mondial de 1950 et au symposium de L'Évolution psychiatrique de 1954. Nous rencontrons là un des problèmes constants de la psychiatrie depuis l'invention de ces premiers traitements « efficaces » : on soigne de mieux en mieux, peut-être, mais on ne s'accorde ni sur ce que l'on soigne ni sur les raisons de l'efficacité d'une thérapie.

Le point sensible est l'interprétation de la place de la thymie et de l'endogénéité dans les névroses. On peut distinguer deux modèles. Le premier est le couple électrochoc-mélancolie : la thérapeutique doit s'appliquer à des entités bien définies pour être

efficace, et ces entités ne sont pas névrotiques. Le second est non spécifique : le dérèglement de l'humeur seul importe, qu'il relève de l'organique, comme le pense Ey[242], ou d'un événement le déclenchant sans que les fonctions inférieures — le fond thymique — soient affectées. Ces deux modèles vont servir à répondre à une question que l'invention des antidépresseurs contraindra à poser : peut-on distinguer dans les névroses des dépressions de type endogène et d'autres de type exogène ?

Au début des années 1940, les traitements de choc sont des thérapeutiques spécifiques de la mélancolie avec des effets secondaires importants. Ils sont ensuite largement employés par les psychiatres hospitaliers pour toutes les maladies mentales, hors de tout cadre nosographique, du moins quand les symptômes atteignent une intensité telle qu'une intervention médicale apparaît nécessaire. Certes, l'électrochoc fait prendre au malade des risques (fractures) dans les tout débuts de son emploi, mais l'usage du curare pour décontracter la musculature et des narcoses sous barbituriques, recommandés par Delay dès 1943 pour calmer l'anxiété du malade avant le traitement, les réduisent largement. Son indication peut alors s'étendre. À la fin de la décennie, ils sont appliqués aux troubles mentaux les plus divers, et leur efficacité semble s'amoindrir à mesure que l'on se rapproche des états normaux ou, ce qui revient au même, lorsque le caractère endogène du mal n'est pas franc[243]. Le même type de discussions et le même processus d'extension se reproduiront avec les antidépresseurs.

CHAPITRE III

LA SOCIALISATION D'UNE PATHOLOGIE INDÉFINISSABLE

À partir de l'invention des antidépresseurs et des anxiolytiques, la scène médicale et sociale de la dépression s'élargit considérablement. La possibilité d'améliorer l'humeur douloureuse avec des molécules permet à un nombre croissant de psychiatres de s'installer en libéral et aux médecins généralistes de répondre aux plaintes qui s'exprimaient depuis longtemps parmi leur clientèle. Ces derniers devront cependant composer avec les incertitudes des outils psychiatriques. L'industrie pharmaceutique entre dans le jeu[244]. Les médias également : les magazines le répéteront à l'envi à partir de la fin des années 1950 : la dépression peut arriver aux mieux-portants. On rassure le public : ni maladie mentale ni maladie imaginaire, voilà le mot d'ordre[245]. Le soupçon pesant sur les simulateurs et autres malades imaginaires décline. Entre 1965 et 1970, la dépression devient une réalité du quotidien de la médecine générale[246]. La dépression se socialise et la vie psychique sort de son obscur halo.

La folie est à la fois mystérieuse et spectaculaire, la dépression est discrète, subtile ; sa présence se fait sentir, mais à bas bruit, car les patients déprimés gardent raison. La psychiatrie emploie indifféremment le mot « dépression » au singulier ou au pluriel, ou

l'expression « états dépressifs ». Les déprimés ne se ressemblent qu'en apparence, car le mal dont ils sont atteints est au carrefour de plusieurs catégories pathologiques. Comment les reconnaître ? Comment les différencier pour prescrire le bon traitement ? Derrière leurs doutes, leurs obsessions ou leurs fatigues, de quelle pathologie souffrent ces patients ? Faut-il référer leur état à une névrose traumatique ? À une psychonévrose de défense résultant d'un conflit psychique ? Etc. Ces questions, les psychiatres se les posent en permanence.

Seulement, les dépressions semblent soulever des problèmes particuliers. Premièrement, entités carrefours, leurs définitions créent de notables difficultés. Deuxièmement, les antidépresseurs n'agissant pas avec la même efficacité sur chacun des syndromes affectifs, il faut trouver des différences pertinentes. Troisièmement, en redressant l'humeur, ne modifient-ils pas les perceptions, les façons de voir les choses, les images de soi, tout ce qui compose une « personnalité » ? Les antidépresseurs font surgir une difficulté nouvelle, celle des rapports entre névrose et dépression : différencier le trouble de l'humeur que l'on *a* de la personnalité troublée que l'on *est* est le thème clé. Distinguer et relier le sujet que l'on est et la maladie que l'on a est l'inextricable problème qu'a suivi l'histoire de la dépression.

Quand le syndrome est levé, la personnalité est-elle modifiée ? Si oui, l'est-elle de la même façon qu'avec une psychanalyse ? Si tout le monde peut faire une dépression, n'importe qui ne fait pas n'importe quelle dépression, nous disent les psychiatres. Alors *qui* fait *quelle* pathologie ? Le « choix » du type de dépression est tout à fait central dans les débats dont nous allons rendre compte. Autour de la notion de « personnalité » se forme une tripartition qui va dominer la nosographie et le diagnostic pendant une vingtaine

d'années : dépression endogène, dépression exogène et dépression psychogène. Cette tripartition permet de décliner plusieurs liaisons entre l'affect et le sujet. Précisons qu'une nette ambiguïté s'instaure entre les deux dernières catégories. On a vu que pour Freud la psychogenèse est une organogenèse — les rapports entre générations se substituant à l'hérédité. Psychogène sera de plus en plus assimilé à exogène.

Une impossible définition

« L'angoisse est ce qui ne trompe pas », écrivait Jacques Lacan[247]. Au contraire, la dépression est trompeuse. Un fait frappe rapidement le chercheur qui consulte la littérature psychiatrique et médicale : la difficulté à définir la dépression.

Dans le premier numéro spécial de *La Revue du praticien* consacrée aux états dépressifs en 1963, les médecins généralistes sont mis en garde : « C'est là un trouble dépourvu de toute spécificité puisqu'il s'agit du dénominateur commun de la plupart des affections psychiatriques[248]. » Pierre Deniker, le « patron » de la psychopharmacologie à Sainte-Anne, estime en 1966 que « le terme de "dépression", couramment usité de nos jours, couvre souvent des faits fort disparates[249] ». Ce caractère disparate est une constante jusqu'à aujourd'hui. En 1978, un spécialiste de la biochimie de la dépression le rappelle encore : « Le mot dépression est un terme générique vague, recouvrant une multitude de syndromes qu'on peut classer selon la sémiologie, l'évolution, la génétique, la biochimie et la réponse aux diverses thérapeutiques. Chacun de ces groupes peut être divisé sans correspondre pour autant au découpage du groupe suivant[250]. » En 1985, on se résigne à ce que

« la dépression demeure […] un concept aux contours flous. Ce que l'on sait au moins, c'est qu'elle est "ce que guérissent les antidépresseurs" ». Dès lors, « l'empirisme reste prépondérant dans l'élaborationde la conduite thérapeutique de la dépression[251] ». En 1996, même constat : « Le concept de dépression demeure flou. » On ajoute même : « Reste valable la formule selon laquelle nous savons de mieux en mieux la traiter, mais de moins en moins ce que nous traitons[252]. » Mais que traite-t-on mieux si l'on ne sait pas ce que l'on soigne ? Selon quels critères établit-on qu'il y a guérison ? Flou et hétérogénéité, quarante ans après la découverte des antidépresseurs, la psychiatrie peine à produire une théorie de la dépression.

En 1976, dans « une revue de la confusion contemporaine » en matière de classification des dépressions, Robert E. Kendell, professeur à l'université d'Édimbourg, estime que, « durant les cinquante dernières années, et particulièrement les vingt dernières [c'est-à-dire depuis l'invention des antidépresseurs], d'innombrables classifications de la maladie *(illness)* dépressive ont été proposées […]. Ceci est trop connu pour être répété. Cependant, les affirmations et les propositions conflictuelles ainsi que les problèmes méthodologiques sont tellement envahissants que ceux qui ne sont pas intimement impliqués ont des difficultés grandissantes à comprendre ce qui se passe […]. Que presque chaque format de classification logiquement possible ait été soutenu par quelqu'un au cours de ces vingt dernières années témoigne de la complexité et de l'absurdité de la situation présente ». Les classifications de l'époque se distribuent entre une conception unitaire et neuf types de dépressions. Kendell estime que, s'il existe une telle compétition entre les critères de classification, c'est que les dépressions « fournissent une scène opportune aux disputes ayant trait à la

nature et aux classifications des maladies mentales prises dans leur ensemble[253] ». S'agit-il de maladies caractérisées ou de réactions excessives à des situations ? Sont-elles des entités indépendantes ou des concepts arbitraires ? Doit-on les classer sur la base de leurs symptômes, de leur étiologie ou de leur pathogénie ? Etc. La substance même de la dépression est sujette à désaccords. « Les limites, ajoute-t-il, entre dépression et tristesse, maladie dépressive et états anxieux, psychose affective et schizophrénie, dépression récurrente et trouble de la personnalité sont toutes arbitraires et mal définies[254]. » Voilà clairement énoncée, par un psychiatre britannique de notoriété internationale, la perplexité dans laquelle la dépression nous plonge dès que l'on prétend la saisir intellectuellement.

Depuis Kendell, la classification (et la conception) des maladies mentales a été entièrement renouvelée sous l'effet des travaux américains. Leur but était de mettre de l'ordre dans les désaccords diagnostiques[255]. Herman van Praag, qui fut surnommé « Monsieur psychiatrie biologique » en Hollande et l'un des leaders mondiaux de la dépression, écrit en 1990 : « Depuis trente ans, la confusion domine la classification des dépressions. [...] Tout bien considéré, ajoute-t-il, la situation actuelle a empiré. À l'époque, les psychiatres savaient au moins que régnait le chaos diagnostique [...]. Aujourd'hui, ce chaos est codifié, et la confusion ainsi dissimulée[256]. » Ces constats ne sont pas établis par des outsiders de la psychiatrie.

Les états dépressifs sont donc dépourvus de toute spécificité, leurs symptômes sont d'une diversité étonnante ; le terme « dépression » est vague, désignant sinon une humeur triste, du moins une altération « anormale » de l'humeur pour laquelle on n'a trouvé aucun marqueur biologique, le tout aboutissant à cette

bizarrerie qu'on ne sait pas ce que l'on traite, mais qu'on la soigne mieux. Qu'est-ce que la dépression ? Un invisible fantôme ? Une incroyable illusion collective ? On ne peut se contenter d'une réponse aussi simpliste.

Le seul trouble mental qui soit aussi hétérogène et aussi universel

Pourquoi cette difficulté ? L'hétérogénéité est loin d'être le monopole de la seule dépression. Pour ne prendre que ce seul exemple, c'est aussi le cas de l'hystérie, dont l'efflorescence des symptômes organiques, psychologiques et comportementaux est absolument unique. N'a-t-elle pas été surnommée « la maladie insaisissable[257] » ? Elle ne soulève néanmoins que des problèmes de définition et de diagnostic. Son statut de maladie ne suscite aucune objection.

Un deuxième trait est particulier à la dépression : son universalité, commune à une seule autre pathologie, l'anxiété[258]. Celle-ci, au contraire de la dépression, est peu hétérogène et facilement diagnosticable. Dans la mesure où l'anxiété se retrouve également dans la plupart des pathologies, elle pose, elle aussi, la question des limites du pathologique. Ainsi, Donald Klein, l'un de ses plus grands spécialistes mondiaux, rappelle qu'elle est « une réponse adaptative et non apprise à un danger anticipé. Dans la mesure où la vie nous apprend à connaître un grand nombre de dangers, l'apparition de sensations inhabituelles d'anxiété ne serait rien d'autre que le reflet d'une expérience d'apprentissage inhabituelle[259] ». Certains auteurs ont donc critiqué sa médicalisation — ce contre quoi Klein s'insurge[260]. Il est aisé d'observer les fonctions positives remplies par l'anxiété (signal de

danger ou d'interdit). Et la dépression ? Heinz Lehmann, qui introduisit le premier neuroleptique en Amérique du Nord au début des années 1950, estime que « l'anxiété est un phénomène tellement omniprésent qu'il apparaît futile d'estimer sa prévalence dans la population générale, sinon pour en parler dans les termes du slogan bien connu que notre temps est un âge d'anxiété. La dépression, d'un autre côté, fait une césure *(cut-off)* plus forte entre normal et pathologique. Elle est aussi plus mortifère que l'anxiété[261] ». On voit pourquoi l'anxiété, à laquelle il est délicat d'assigner des limites proprement pathologiques et qui ne conduit pas au suicide, est restée plus proche du symptôme que la dépression.

La confusion qui règne à l'égard de la dépression résulte donc de la combinaison entre une *hétérogénéité extrême*, comme l'hystérie, et une *universalité maximale*, comme l'anxiété, ce trouble si facilement reconnaissable. Là se tient le *ressort* de son impossible définition.

La dépression et l'anxiété relèvent des affects, des émotions inhérentes à l'humain, ce que Freud, rappelons-le, désigne comme des « sentiments du Moi ». Parties de notre constitution normale[262], ils ne sont pathologiques qu'à partir d'une certaine intensité, à la différence de l'hystérie ou de la schizophrénie qui n'ont guère besoin de ces calculs.

Mais l'intensité de l'affection suffit-elle à caractériser une pathologie ? L'antidépresseur peut-il jouer un rôle de dissection pharmacologique ?

L'ouvrage sans doute le plus cité en France dans les années 1960, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie*, publié en 1961 par Jean Delay et Pierre Deniker, peut servir de fil d'Ariane. Distinguant deux grands types de dépressions, « névrotique » (ou simple) et « endogène », les auteurs ajoutent : « La plus grande difficulté diagnostique se rencontre lorsque la dépression endogène prend la

forme d'une simple dépression[263]. » Le cancer qui va ronger la nosographie et le diagnostic des dépressions est signalé quatre ans après la découverte des antidépresseurs. Mais au cours de la période que nous examinons, ce cancer est « tenu » par la réflexion psychopathologique et la référence croissante à la psychanalyse.

En présentant un long article en 1961 dans *L'Encéphale*, André Green place la psychanalyse comme la discipline qui « éclaircit les fondements de la psychopathologie, science pilote de la thérapeutique psychiatrique. Il y a encore quelques années, ajoute-t-il, cette évolution parallèle de la thérapeutique biologique et de la thérapeutique psychologique ne connaissait pratiquement aucun lieu de convergence. L'avènement de la chimiothérapie a rapidement posé dans la pratique les nombreux problèmes de leur utilisation conjointe[264] ». Quels problèmes pratiques a soulevés l'invention des médicaments de l'esprit ? Quelle psychopathologie est susceptible de les résoudre ?

Apaiser l'agitation maniaque, redresser l'humeur dépressive

Que veut dire faire céder un trouble mental ? À quelles conditions une conscience anormalement troublée peut-elle être considérée comme soignée ? Calmer l'angoisse *sans endormir*, stimuler *sans euphoriser*, et dans les deux cas avec des risques d'accoutumance réduits, voilà la « révolution » que permettent neuroleptiques et antidépresseurs[265]. Pour la première fois dans l'histoire des maladies mentales, on invente de vrais médicaments, c'est-à-dire des molécules redonnant à la personne une liberté de pensée, d'émotion et de mouvement corporel suffisante pour

s'approcher d'une normalité comportementale. Les psychiatres n'en croient pas leurs yeux. En effet, jusqu'à l'invention des neuroleptiques, des anxiolytiques et des antidépresseurs, on connaissait des sédatifs qui calmaient mais endormaient, comme les barbituriques, et des excitants qui stimulaient mais euphorisaient, comme les amphétamines. Pire encore, les substances employées comportaient des risques d'accoutumance non négligeables.

Aujourd'hui, à plus de quarante ans de distance, alors que les médicaments psychotropes sont un élément quotidien de nos sociétés, alors que nous sommes acculturés au langage de la souffrance psychique, nous craignons que ces chimiothérapies ne soient le masque de drogues socialisées. L'intensité polémique résulte de notre croyance qu'il y va d'une disparition possible du sujet. Or c'est exactement le contraire que chacun pense à l'époque : la molécule est une condition pour restaurer le sujet. Il faut se remettre dans l'ambiance, comprendre l'étonnement des psychiatres : la question de l'effet des médicaments est le fil conducteur des débats diagnostiques, nosographiques et thérapeutiques.

La paix de l'esprit

Si l'électrochoc est le traitement de choix de la mélancolie, l'excitation maniaque et la manifestation délirante de l'angoisse n'ont pas encore leur remède. Les humeurs angoissées ou abattues n'intéressent pourtant pas que les psychiatres, comme le montre la genèse du premier neuroleptique. Elles intéressent aussi les chirurgiens : plus le malade est angoissé avant l'opération, plus la quantité d'anesthésiant qu'il faut lui injecter est importante. Celle-ci peut entraîner un choc postopératoire et, éventuellement, le décès

du patient. C'est précisément sur ce problème que travaille le chirurgien militaire et anesthésiste Henri Laborit[266].

Une équipe de chercheurs de Rhône-Poulenc tentait de synthétiser des dérivés d'une molécule appelée phénothiazine afin de trouver des médicaments contre la malaria. Un de ses dérivés avait une particularité : des effets secondaires sédatifs et hypnogènes plus accentués. Rhône-Poulenc décide alors de chercher une molécule possédant ces effets comme action centrale. Henri Laborit utilisait ce dérivé dans l'anesthésie préopératoire parce qu'il permettait de diminuer la quantité d'anesthésiants utilisés, autrement dit, de les potentialiser. De son côté, Paul Guiraud avait employé cette molécule avec succès, semble-t-il, sur vingt-quatre schizophrènes[267].

Cette molécule (la chlorpromazine) est synthétisée en décembre 1950. Les expérimentations animales montrent qu'elle a un effet de « déconditionnement psychique[268] ». En juin 1951, Rhône-Poulenc met le produit à disposition de Laborit qui publie ses résultats en février 1952 : « Il ne provoque aucune perte de conscience, *aucune altération du psychisme* mais seulement une certaine tendance au sommeil *et surtout un "désintéressement"* du malade pour ce qui se passe autour de lui. [...] Ces faits laissent prévoir certaines indications de l'emploi du produit en psychiatrie[269]. » Laborit ne fait pas que noter les possibilités d'usage de cette molécule en psychiatrie, il prend l'initiative de la faire expérimenter à l'hôpital du Val-de-Grâce : un jeune psychotique de vingt-quatre ans, déjà interné deux fois et ayant subi en vain deux cures d'électrochoc et une quinzaine de comas insuliniques, reçoit le 19 janvier 1952 une injection de 50 mg qui le calme aussitôt. Il sort de l'hôpital après moins de trois semaines de traitement[270]. Le chef de service présente une communication sur ce cas quelques jours

après ; elle est publiée en mars. Le patient est calme, mais ne perd pas conscience : on différenciait ainsi l'effet sédatif de l'effet hypnotique, auparavant confondus dans le cas des barbituriques qui calmaient et endormaient. Jean Delay emploie la molécule en mars. Il l'administre à doses répétées et obtient les mêmes résultats spectaculaires[271]. Le médicament est beaucoup plus qu'un calmant des états d'excitation, il possède une action neuropsychique que Delay définit de la manière suivante : « L'indifférence apparente ou le retard de la réponse aux stimulations extérieures, la diminution de l'initiative et des préoccupations sans altération de la fonction vigile ni des fonctions intellectuelles constituent le syndrome psychique du médicament[272]. »

Cette action est une tranquillité *sans* effet d'endormissement ou de stupeur[273]. La molécule engendre une paix de l'esprit (ataraxie) et diminue l'intensité de l'agitation nerveuse (ce en quoi elle possède une action neuroleptique) : la conscience retrouve ses pouvoirs — la vigilance, l'intelligence et l'affect ne sont plus altérés. C'est véritablement un médicament qui restaure les pouvoirs de l'esprit et non une drogue. Nombre de psychiatres eurent du mal à s'en convaincre parce que les substances qu'ils avaient jusqu'alors à leur disposition, comme l'opium, les barbituriques ou les amphétamines, soulageaient éventuellement le malade, mais altéraient son psychisme : elles ne restauraient pas le sujet dans sa plénitude. Heinz Lehmann, qui procède aux premiers essais nord-américains en 1953, rappelle son étonnement : « Une telle chose ne s'était jamais produite dans les cas de schizophrénie. Je n'avais jamais rien vu de tel et aucun manuel ne mentionnait une telle possibilité[274]. » Il ajoute que, malgré ces résultats spectaculaires, puis l'essai du médicament sur des schizophrènes chroniques, il mit deux ans à accepter véritablement l'idée qu'il ne s'agissait pas

seulement d'effets calmants sur l'angoisse, mais d'un authentique effet sur les syndromes schizophréniques.

Si l'action antimaniaque est apparente dès le début, il faudra deux ans pour que l'action antidélirante soit acceptée par la profession. Sans doute la tradition des cures de sommeil pour apaiser les malades et le fait que cette molécule ait été découverte en anesthésie ont, dans un premier temps, conduit à penser qu'elle était plutôt un tranquillisant, une forme d'« hibernation artificielle ». La qualification des effets cliniques est très hésitante. Delay les désigne d'abord sous le nom de « syndrome neuropsychique », il emploie indifféremment, au tout début, les mots de neurolepsie ou de psycholepsie. Le langage hésite entre la référence au système nerveux et à celle à la psyché. « On est frappé, écrit Pierre Deniker en 1975, de la diversité des termes inventés pour qualifier ce qui était nouveau mais difficile à définir. Ganglioplégique, potentialisateur, stabilisateur végétatif, neurolytique, neuroplégique, psy-choplégique, narcobiotique, ataraxique et tranquillisants furent tour à tour proposés[275]. » Le mot « neuroleptique » est adopté en France en 1954 par Delay et par Deniker parce que c'est l'action neurologique qui spécifie le médicament. « Il est entré, non sans réticence, précise Deniker, dans le vocabulaire des pharmacologues comme dans celui des cliniciens[276] » (aux États-Unis, on emploiera le qualificatif « tranquillisant », puis « tranquillisant majeur » quand les benzodiazépines feront leur apparition). On se rend compte de la difficulté à préciser les effets d'un médicament de l'esprit quand l'évaluation ne peut s'appuyer sur une tradition[277]. Ce point est crucial en pathologie mentale, car il montre à quel point répondre à des questions comme : que soigne-t-on ? comment soigne-t-on ? n'est pas évident si l'on veut s'intéresser dans le détail à la réflexion des psychiatres.

En ouvrant le colloque international de 1955 sur les neuroleptiques qui se tient à Paris, Delay reconnaît une dette : « Pierre Janet, dans ses études sur la tension psychologique, avait créé le vocable de “psycholepsie” pour indiquer la chute de la tension psychologique. C’est par analogie que nous avons proposé le terme de “neurolepsie” pour indiquer cette chute de la tension nerveuse ou neuro-végétative qui conditionne en partie la tension psychologique et qui correspond à l’action clinique des médicaments qui produisent essentiellement une détente[278]. » L’action du médicament se réfère à un modèle déficitaire de la maladie (chute de la tension, de l’alarme). En clôturant le même colloque, Delay fait cette remarque : « Du point de vue thérapeutique, quel que soit l’intérêt de ces drogues, il convient de rappeler qu’en psychiatrie les médicaments ne sont jamais qu’un moment du traitement d’une maladie mentale et que le traitement de fond reste la psychothérapie[279]. » On aura remarqué la place notable donnée à la psychothérapie. Cette remarque n’est pas de pure forme. La psychothérapie n’est pas une thérapeutique par défaut — loin de là —, et l’usage de médicaments de l’esprit n’équivaut pas à identifier une thérapie à l’ingestion d’une molécule. L’action médicamenteuse est syndromique[280]. Elle modifie la personnalité du patient, mais n’est pas capable à elle seule de soigner l’homme psychiquement malade.

Redresseurs de l’humeur ou énergisants psychiques ?

Le Suisse Roland Kühn et l’Américain Nathan Kline ont tous deux raconté, dans un ouvrage collectif paru en 1970 et consacré aux découvertes de la psychiatrie biologique, leur invention. Kühn

découvre les effets antidépressifs de l'imipramine, le chef de file de la classe dite des tricycliques, Kline ceux de l'iproniazide, le premier antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). Ils sont d'abord dénommés thymoanaleptiques, car le redressement de l'humeur apparaîtra progressivement comme l'effet central de ces molécules. Les tricycliques sont les antidépresseurs les plus employés dans le monde. Leur baisse de popularité est récente et résulte de la mise sur le marché des molécules appelées « inhibiteurs de la recapture de la sérotonine » (ISRS) dont le Prozac est le chef de file.

La confrontation de ces deux textes montre que nous avons affaire à deux conceptions très différentes de ce qu'est une dépression. Les antidépresseurs n'étaient pas fatalement destinés à connaître les polémiques auxquelles nous assistons depuis quelques années.

Le point de départ de l'analyse de Kühn est la mélancolie, et la distinction entre endogène-biologique et exogène-psychogénétique. Il se revendique de la tradition psychiatrique phénoménologique. Elle a apporté à la compréhension de la mélancolie un élan décisif qui « ne vint pas [...] de la biologie ou de la biochimie, mais, de façon surprenante, de la philosophie[281] ». Karl Jaspers, puis Kurt Schneider établissaient une distinction entre le comportement objectif du patient et son expérience subjective « qui ne pouvait être apprise que de sa propre description ». La différence entre endogène et réactionnel s'établissait « en distinguant le sentiment vital *(vital feeling)* — expérience qui s'étend à tout le corps du patient avec la dépression endogène, sans motif et psychotique — du "sentiment émotionnel" *(emotional feeling)* — expérience semblable, mais d'une nature différente — du patient avec une dépression motivée dont la cause est évidente ». Il les décrit de la manière suivante : le trouble

dépressif vital est caractérisé par « des sentiments de fatigue, de léthargie, de confinement, d'oppression et d'inhibition, accompagnés par un ralentissement de la pensée, de l'action et de la décision ». Le trouble émotionnel dépressif est marqué « par l'incapacité à ressentir le plaisir et à maintenir l'intérêt ou même par la perte de la capacité d'avoir une émotion ». Le premier est plus corporel, il ressemble à la mélancolie, mais s'en distingue par l'absence de délire.

Kühn, comme nombre de psychiatres de l'époque, avait entrepris de tester des phénothiazines sur des patients déprimés. Elles avaient un effet calmant quand les patients étaient angoissés, mais « aucun effet sur les symptômes spécifiques de la dépression[282] ». En 1950, un responsable de l'entreprise suisse Geigy lui propose de travailler sur un antihistaminique pour expérimenter ses propriétés hypnotiques. Les résultats sont négatifs, mais il semblait « avoir quelque effet "antipsychotique" spécial » : spécial, mais difficile à déterminer. Geigy lui propose une autre molécule, l'imipramine, dont la structure chimique — tricyclique — était légèrement différente de celle de la chlorpromazine : il l'expérimente pendant un an sur des troubles mentaux divers et accumule des résultats sur trois cents patients.

En 1956, il décide de tester le produit sur des cas de dépression endogène parce qu'il avait acquis la conviction « qu'il était possible de trouver des drogues pour ce type de dépression, conviction appuyée sur la littérature, l'expérience du traitement de choc, mais aussi celle de la psychothérapie ». Kühn expérimente avec un diagnostic précis, à savoir des dépressions de type mélancolique et non des névroses avec des symptômes dépressifs. Autrement dit, l'action clinique de la molécule n'est pas testée au hasard, elle est proprement pensée à partir de la psychopathologie. Il présente ses

premiers résultats (quarante cas) au deuxième congrès mondial de psychiatrie à Zurich le 6 septembre 1957 devant un parterre de… douze personnes. « Notre papier, écrit Kühn, fut reçu avec quelque intérêt, mais avec une grande dose de scepticisme. Ce ne fut guère surprenant au regard de l'histoire presque entièrement négative des traitements chimiques de la dépression jusqu'alors. » Les collègues de Kühn n'étaient guère intéressés par cette question — est-ce parce que le congrès était entièrement consacré aux schizophrénies [283] ?

La première évaluation publiée indiquait la chose suivante : « La substance est particulièrement efficace dans les dépressions endogènes typiques, c'est-à-dire où un trouble vital apparaît clairement à l'avant-plan. » L'imipramine peut être efficace dans les dépressions névrotiques, mais l'indication du traitement réside avant tout « dans l'étude phénoménologique de *l'expérience* subjective du patient, dans le trouble dépressif vital et émotionnel ». Kühn développe une approche marquée par la spécificité, il est dans le modèle électrochoc/mélancolie. Jusqu'à la fin des années 1970, la psychiatrie, européenne, précisons-le, considérera que les antidépresseurs trouvent leur efficacité maximale dans les dépressions endogènes, où l'affect est malade [284].

Quelles sont les leçons de l'imipramine ? se demande-t-il. La réussite d'un traitement spécifique des états dépressifs a pour condition le sens clinique du psychiatre : il doit « reconnaître un tableau pathologique particulier dans lequel la drogue est efficace […], tableau [qui] coïncide seulement en partie avec l'idée classique clinique des états dépressifs ». Pour obtenir une efficacité thérapeutique dans la plupart des cas, il faut bien choisir le patient par un diagnostic extrêmement fin de son expérience subjective : à défaut, l'efficacité de la pharmacothérapie se réduit largement. Bien sûr, la chance a joué, pense-t-il, mais il a fallu être « capable

d'"inventer" quelque chose de totalement nouveau, quelque chose d'inconnu jusqu'alors, *c'est-à-dire une nouvelle maladie*[285] ». Il s'agit d'un acte créateur et non d'un effet miraculeux portant sur une vague entité nosographique : c'est pourquoi il estime « avoir réussi un traitement *spécifique* [souligné par Kühn] des états dépressifs ». Toute la réflexion de Kühn porte sur ce que c'est que l'être psychiquement malade : il faut, pense-t-il, une compréhension subtile de l'expérience humaine. Cette découverte ne fut, selon Kühn, affaire ni de hasard ni de science : la philosophie d'Heidegger et la réflexion psychopathologique de Binswanger lui ont permis, dit-il, cette invention.

Mais l'imipramine apporta encore une autre leçon : Kühn avait noté qu'elle était antidépressive, mais non euphorisante. Ce constat la différenciait bien ainsi d'une drogue. Plus encore, elle était sédative et non stimulante. Or c'est la léthargie qui apparaît massivement dans les dépressions endogènes. Alan Broadhurst, à l'époque directeur de la recherche médicale chez Geigy, déclara récemment : « Tout le monde s'attendait à ce qu'un antidépresseur, au cas où il verrait le jour, serait un stimulant[286]. » La sédation était contre-intuitive, précise-t-il. En effet, les amphétamines étaient utilisées dans les mélancolies et les dépressions, mais elles s'étaient révélées à la fois peu efficaces et dangereuses. L'intelligence clinique de Kühn fut d'inventer un redresseur de l'humeur qui fût sédatif. Jean Guyotat, l'un des rares psychiatres français qui aient dans les années 1960 une réputation internationale en dehors des chefs de file de Sainte-Anne, écrit en 1963 que l'imipramine a un effet antiobsessionnel : elle donne une meilleure capacité à supporter la frustration, ce qui « explique sans doute aussi ce que Kühn a remarqué, l'absence de toxicomanie à l'imipramine[287] ».

Nathan Kline tire une leçon de l'histoire des IMAO qui est à l'opposé de celle de Kühn[288] : il pense moins avoir découvert un spécifique de la dépression endogène qu'un médicament contre toutes les dépressions et, plus qu'un redresseur de l'humeur, un euphorisant. Chargé en 1953 d'une étude comparée de la Rauwolfia serpentina, de la réserpine (un de ses alcaloïdes que Ciba venait juste d'isoler) et d'un placebo, il entreprend l'étude sur 710 patients et est le premier Américain à prouver en 1954 l'action antimaniaque de la réserpine, le deuxième neuroleptique. Son emploi sera abandonné au bout de quelques années, car il entraînait de graves dépressions chez les psychotiques. Ce constat clinique a, en revanche, été le point de départ des hypothèses biochimiques des troubles mentaux.

Cette étude conduit Kline à postuler « l'existence de drogues qui fonctionneraient également comme antidépresseurs (ou *énergisants psychiques*, comme je les désignais alors) ». Un collègue lui parle, en avril 1956, d'une expérimentation animale où l'on avait donné une molécule appelée « iproniazide » (un antituberculeux) qui avait rendu les animaux « hyperalertes et hyperactifs » : « Cela me conduisit à me demander si ce n'était pas l'énergisant psychique que nous étions tous en train de chercher. » Plusieurs études avaient déjà été faites sur cette molécule, mais dans une perspective de comparaison avec les effets tranquillisants de la chlorpromazine. Par ailleurs, des données indiquaient que l'iproniazide avait des effets secondaires euphorisants chez des patients traités pour une tuberculose, mais cet effet antidépresseur n'avait pas été remarqué par les chercheurs. Son équipe reçoit la visite du directeur médical d'Hoffmann-La Roche en mai 1956. Celui-ci, « très impressionné par l'action antidépressive de l'opium, travaillait sur la possibilité de développer un opiacé non addictif possédant une telle action

antidépressive ». Il fut en revanche « particulièrement peu impressionné par leur idée ». Kline cherche à convaincre Hoffmann-La Roche de les aider. Cela intéressait peu le laboratoire : « Ce fut une situation unique ! Un groupe de chercheurs cliniciens était en train d'essayer de convaincre une entreprise pharmaceutique qu'ils avaient un produit valable. » Il commence, en novembre 1956, une étude sur quelques déments précoces hospitalisés, puis cherche des patients déprimés en pratique privée — il en trouve neuf, et commence l'étude en janvier 1957. Deux communications sont présentées à deux congrès en mai et en juin 1957 : le traitement antituberculeux est désormais indiqué pour les dépressions.

Pour Nathan Kline, « le secret de l'histoire de l'IMAO n'est pas seulement le secret du traitement de la dépression, mais la clé de ses causes et de sa prévention. La porte commence à s'ouvrir et derrière elle nous trouvons, aujourd'hui déjà, que les mécanismes de la schizophrénie et peut-être de quelques névroses deviendront visibles et traitables ». Kline investit tous ces espoirs dans une biologie de l'humeur : il ne cherche pas à définir un traitement spécifique pour une pathologie spécifique. Kühn a découvert un redresseur de l'humeur, Kline un énergisant qui ressemble parfois à un euphorisant. N'écrit-il pas en 1965 que les malades se sentaient « trop bien[289] » ? Or la remarque apparaît de façon récurrente jusqu'à aujourd'hui, les IMAO sont susceptibles de produire des dépendances de par leurs effets stimulants.

D'un côté, nous avons une psychopathologie fondée sur la clinique, de l'autre, un dysfonctionnement du système nerveux pensé sur une base biologique. Deux visions se dessinent : la première cherche à délimiter le mieux possible la pathologie sous-jacente aux syndromes (c'est le modèle mélancolie-électrochoc), la seconde les causes biologiques de ces syndromes[290]. Kühn pense

avoir découvert un spécifique, Kline un non-spécifique : on retrouve ainsi dans un tout autre contexte scientifique les débats sur l'électrochoc. L'avenir signera la « victoire » de Kline sur Kühn, c'est-à-dire l'autonomisation du syndrome dépressif par rapport à une pathologie sous-jacente qu'il n'est plus nécessaire de diagnostiquer pour soigner. Plus encore, les antidépresseurs agissent aujourd'hui sur une telle diversité de syndromes que le mot même d'antidépresseur est mis en question par des psychiatres et des pharmacologues[291]. Dans la foulée, la psychiatrie abandonnera le questionnement sur les rapports entre le sujet et la maladie. La victoire de Kline sur Kühn sera également la revanche posthume de Janet sur Freud. L'homme pathologique sera différent de celui dont il est question vers 1960, mais la normalité aura également changé.

Dans les années qui suivent l'invention des médicaments de l'esprit, les deux perspectives, en tout cas en France, s'appuient l'une sur l'autre à partir d'une question : la molécule suffit-elle à soigner ?

Aux confins de la personnalité que l'on est et de l'humeur que l'on a

À partir de 1955, la course pharmaceutique est engagée : recherches psychopharmacologiques et neurobiologiques, congrès et sociétés de psychopharmacologie[292] se multiplient. Le terme psychopharmacologie est une sorte de « portemanteau qui fournissait un centre d'attraction pour des groupes disparates de cliniciens, de statisticiens, de spécialistes de la psychologie animale et d'autres professions rassemblées pour évaluer les possibilités thérapeutiques des nouveaux médicaments[293] ». L'élaboration de tests pharmacologiques, dits en batterie, sur les animaux sert à

analyser les effets des molécules synthétisées par les chimistes. Un ouvrage publié en 1959, note un pharmacologue, « a pu réunir 240 pages de références pour la seule période 1952-1957[294] ». On décrit dans ces travaux les effets des drogues psychotropes en confrontant les études pharmacologiques, biochimiques, métaboliques, etc. Une douzaine de congrès sur « les drogues psychotropes » se sont tenus entre 1955 et 1960, ils ont « engendré une littérature qui écraserait le travailleur le plus dévoué s'il était seulement possible de la lire[295] ». Entre 1952 et 1965, une centaine de molécules auraient vu le jour — dont quelques-unes seulement sont mises sur le marché. Il faut faire digérer tout cela au corps médical.

La conséquence de ces découvertes[296] est la mobilisation de multiples corps professionnels. « La psychopharmacologie, déclare Delay en ouvrant le congrès du Collège international de neuropsychopharmacologie à Washington en 1966, [...] intéresse à des titres divers le chimiste et le pharmacologue, le physiologiste et le médecin, le psychologue et le sociologue. Par son objet même qui est en définitive de modifier les comportements par des substances chimiques, elle se trouve placée au carrefour des sciences biologiques et des sciences morales[297]. » Il ne s'agit pas pour Delay de faire de la philosophie. Deux raisons motivent une telle posture. La première est que les neuroleptiques agissent seulement sur les syndromes et que les antidépresseurs ont « une action essentiellement *suspensive*, c'est-à-dire qu'elle doit être maintenue aussi longtemps que dure l'accès ou que se poursuit un processus plus chronique[298] ». Autrement dit, l'action chimique modifie les mécanismes, mais ne supprime pas les causes ; elle est pathogénique, mais non étiologique.

La seconde raison tient à ce que les antidépresseurs ont un effet non seulement dans les dépressions endogènes, mais également dans les névroses, que l'on appelle souvent « dépressions simples » ou « exogènes ». Cette possibilité est, selon Delay et Deniker, « une des acquisitions les plus intéressantes et les moins connues ». Comparés aux neuroleptiques qui ont accru les possibilités de traiter des maladies bien reconnues, les antidépresseurs innovent profondément : il semble, poursuivent nos deux auteurs, « que les antidépresseurs soient appelés à un certain avenir pour le traitement des névroses comportant un *facteur constitutionnel*[299] ». Les névroses à la Janet seraient ainsi traitables, mais ces molécules semblent également efficaces dans certaines psychonévroses de défense. Jean Guyotat donne en 1963 l'exemple d'une malade présentant une névrose obsessionnelle depuis sept ans. L'imipramine lui supprime ses rituels. « On ne peut parler dans ce cas, commente Guyotat, de symptômes au sens classique du terme[300]. » Quelque chose de plus se passe aux confins de la personnalité que l'on *est* et du symptôme que l'on *a*. Les antidépresseurs remanient la « personnalité » : « Il est frappant, poursuit Guyotat, de constater que beaucoup d'éléments apparentent une psychothérapie à une chimiothérapie. Il faut bien insister sur ce fait que le malade ne réagit pas à une drogue psychotrope comme à un explosif, qu'il ne se volatilise pas. Les modifications constatées renvoient toujours [...] à sa personnalité globale. » Il faut donc « éviter la dichotomie qui placerait la psychothérapie dans l'ordre naturel et les chimiothérapies dans l'ordre artificiel[301] ».

La longue durée des nouveaux traitements les rend, à la différence des techniques de choc, comparables à la longue durée d'une psychanalyse au cours de laquelle une personnalité se modifie progressivement en résolvant ses conflits. Le parallélisme des

temporalités est un axe de reconfiguration du sujet malade. Quelques chocs ne sont, de ce point de vue, nullement équivalents à l'imprégnation lente opérée par la molécule. Des nuances d'effets peuvent apparaître sur la durée comme dans une cure par la parole. Les modifications de l'émotion et de la pensée pathologiques sont telles avec les antidépresseurs qu'un psychiatre peut déclarer en 1972 : « Tous ceux qui ont vécu en 1957 les premières publications, les premiers rapports dans les congrès sur l'utilisation de l'imipramine dans les dépressions et qui l'ont essayée sur leurs malades personnels pourraient éprouver comme moi quelque pudeur à parler de psychothérapie dans les dépressions[302]. »

Il faut comprendre, comme y invitent Delay et Deniker, « la psychodynamique des actions chimiques[303] ». Pierre A. Lambert et Jean Guyotat concentrent leurs travaux sur ce problème ; ils cherchent par exemple à démonter les mécanismes par lesquels une molécule antidépressive peut permettre, comme dans une psychanalyse, à un obsessionnel de prendre distance avec ses rituels compulsifs. L'action chimique doit être comprise et interprétée en fonction de « la personnalité globale » du patient. Ils analysent l'action antidépressive de la molécule à partir du modèle freudien de la mélancolie : le malade est malade de ne pouvoir faire le deuil de l'objet investi, il introjecte l'objet et retourne l'agressivité contre lui-même. L'antidépresseur rétablit des relations objectales et permet à la psychothérapie de résoudre des conflits psychiques qu'il ne pouvait aborder auparavant[304]. D'où leur idéal : « Pouvoir poser l'indication d'une chimiothérapie non sur les symptômes, au sens habituel du terme, mais d'après la structure du malade[305]. » Cet idéal ne se concrétisera pas.

Une idée forte et confuse

Parallèlement aux débats cliniques, des discussions plus métaphysiques font rage à propos de la nature de cette action globale sur la personnalité. « Le “champ psychiatrique”, déclare Claude Blanc en 1965, s’étend du métabolisme de la sérotonine jusqu’aux implications philosophiques de notre savoir psychopathologique sur l’homme[306]. » Car la neurobiologie ne se contente plus d’hypothèses partielles sur le fonctionnement du système nerveux central, elle « oblige le psychiatre à penser physiologiquement », comme le dit encore Delay[307]. Elle commence à envahir concrètement les plates-bandes de la philosophie et, en psychiatrie, celles de la phénoménologie et de la psychanalyse. Les médicaments restaurent les pouvoirs de la personne. Dans son rapport présenté au colloque de Bonneval sur l’inconscient en 1960, Claude Blanc fait ressortir les conséquences anthropologiques des progrès de la pharmacologie : ils « réintroduisent la notion de sujet dans l’étude du fonctionnement cérébral[308] ». Quelle psychopathologie faut-il pour intégrer la nouvelle donne pharmacologique ? Tel est l’enjeu.

En effet, « les notions de sédation, de somnolence, d’excitation et d’euphorie sont des notations tout à fait insuffisantes parce que trop grossières, et le vécu des malades échappe à de telles catégorisations[309] ». Ces notions relèvent du vivant animal, d’une « psychiatrie vétérinaire », comme le dit André Green[310]. Elles permettent de rendre compte des modifications de l’affect, mais pas de la vie intérieure d’une personne, et cela d’autant plus que des molécules testées avec succès dans les expérimentations animales n’ont aucun effet sur l’homme. Il faut une psychopathologie qui puisse rendre compte de l’effet des médicaments dans la mesure où la psychopharmacologie ne saurait « dépouiller le sens qui est l’apanage humain[311] ». Elle ne saurait réduire l’humain au vivant qui

n'est pas que la simple projection du système nerveux : « L'un des enseignements les plus instructifs de ces nouvelles découvertes [neurophysiologiques] est l'inéluctabilité des phénomènes de sens. La présélection des signaux requiert la différence du signifiant et du non-signifiant lors des processus d'activation de la vigilance[312]. » Serge Lebovici et René Diatkine rappellent que l'inconscient fait l'articulation du biologique et du psychique, que le modèle du réflexe est à la base de la conception économique de la répartition de l'énergie chez Freud[313]. D'autres psychanalystes soulignent que l'on a tort de reprocher « à la psychanalyse une psychogenèse pure », car les facteurs organogénétiques n'ont jamais été éliminés[314].

Mais ces arguments restent sur un registre théorique. La question psychopathologique est importante surtout parce que les molécules pèchent par une limite pratique : les résistances que les malades opposent à leur efficacité. La pathologie résiste dans certains cas, le produit marche sur un patient à un moment et ne marche plus lors d'une rechute. Comment expliquer cette diversité ? Comment relier l'action sur l'humeur et l'action sur la personnalité ? Que se passe-t-il entre l'affect et la pensée, le « corps » et l'« esprit » ? Répondre à ces questions permettrait de dire ce qu'est la maladie.

« La psychiatrie ne saurait se réduire à une chimiatrie[315] », rappelle encore Delay en 1966 dans un bel élan consensuel, car en médecine mentale il faut de la relation. Mais Ey est plus précis sur les problèmes cliniques et professionnels que posent les nouvelles molécules. Penser physiologiquement, qu'est-ce que cela veut dire pour un psychiatre ? Et pour quel type de psychiatre ? « Presque toujours, écrit Ey, [...] une idée confuse, mais forte, s'impose en ce qui concerne le recours aux méthodes biologiques : c'est qu'elles préparent et favorisent l'action psychothérapeutique[316]. » Forte,

parce que le médicament n'est pas conçu dans une problématique mécaniste, mais comme une relation, relation médicamenteuse et relation médecin-malade. Confuse, car le contenu de cette double relation est l'objet d'une interrogation permanente de la profession, particulièrement sur un point : quand le médicament est-il la cause principale du changement et quand n'est-il qu'un élément du système thérapeutique ?

Un potentialisateur de psychothérapie ?

On ne peut apprécier véritablement l'effet d'une substance en dehors d'une série de contextes : l'ambiance du service, l'histoire du malade, sa relation avec le ou les médecins, etc. De plus, le contact pharmacologique et le contact relationnel sont comme les deux bras d'un même corps. Le traitement chimique, qu'il utilise de vieux narcotiques ou ces nouvelles molécules, est « une psychanalyse chimique[317] » : celle-ci permet de faire ressortir les conflits internes, elle est une condition pour les liquider. La profession s'accorde sur l'idée que les molécules agissent sur l'ensemble de la personnalité parce qu'un trouble psychique est, comme l'écrit un proche de Baruk, « une atteinte globale de la personnalité qui se trouve perturbée, non seulement du point de vue thymique, mais aussi du point de vue intellectuel et instinctif[318] ». Mais cette action est insuffisante à elle seule pour guérir. C'est là une constante.

On ne soigne pas une maladie mentale en traitant le cerveau, et le médicament de l'esprit ne peut être assimilé à un médicament somatique. L'argument est particulièrement répandu dans la psychiatrie de l'époque. On le trouve dans le groupe de l'Évolution psychiatrique[319], dans l'École de Sainte-Anne[320], dans celle de Lyon (Lambert, Guyotat) ou chez les partisans d'Henri Baruk[321]. Seuls les

tenants de la causalité psychique voient les médicaments comme des camisoles chimiques. Les médicaments sont des substances relationnelles, car ils permettent aux malades d'aborder leurs conflits, tandis que le médecin *est* médicament.

Cet argument était déjà à la base de l'idée que certaines méthodes de choc rendent le malade plus accessible à la psychothérapie : l'action sur le fond thymique, totalement détérioré avant le traitement, permet au patient de renouer le contact avec la réalité. Le fait qu'il soit entouré pendant le traitement apporte « un geste psychothérapeutique[322] ». Ergothérapie, thérapie institutionnelle, méthodes de choc permettent un contact nouveau entre le médecin et le malade, elles mettent l'accent sur leur relation qui prend un nouveau ton, donnent un rôle thérapeutique à l'infirmier, favorisent un dialogue entre lui et le psychiatre[323]. La thérapeutique est globale[324]. « Thérapeutiques biologiques et thérapeutiques psychologiques, loin de s'opposer, se complètent », déclare Delay au colloque de 1950[325]. Grâce aux méthodes de choc, le malade peut regarder au-delà de ses symptômes, et le psychiatre peut engager une relation thérapeutique.

Le terrain est donc largement préparé avant les médicaments psychotropes qui s'insèrent naturellement dans ce modèle. Si les neuroleptiques « "potentialisent" quelque chose, c'est la psychothérapie », déclare Le Guillant au congrès de 1955[326]. Les psychiatres constatent rapidement que l'efficacité chimiothérapeutique est très variable et que le contexte général de prescription y joue un rôle majeur. Il est seul à même d'expliquer une importante proportion d'échecs et des degrés très variables dans la réussite. Le médicament s'insère dans une dynamique thérapeutique largement présente avant sa naissance et est promu comme un élément de modernisation de la psychiatrie. L'adjonction

de laboratoires, la formation du psychiatre à des disciplines connexes, etc., donnent enfin à la psychiatrie un air de modernité médicale[327].

Les médicaments psychotropes ont vraiment tous les avantages. Ils permettent de diversifier la palette thérapeutique et de potentialiser les diverses techniques thérapeutiques les unes par rapport aux autres. Tout conduit apparemment à pronostiquer un mariage solide entre les deux genres thérapeutiques dans la mesure où le seul problème qui importe est leur mode d'articulation. Lors du colloque de Lyon, tous notent « une chose positive qu'il faut souligner aujourd'hui : c'est l'accord de tous que la psychothérapie fait désormais partie du bagage de tout psychiatre. Nous sommes tous sensibles à cette évidence : reconnaissons avec charité qu'elle est récente, et qu'il est bon de la voir magnifiée aujourd'hui[328] ».

Pouvoir manier cette complexité de procédures que sont les techniques biologiques et les techniques psychologiques pour obtenir des rémissions, voire des guérisons sur des pathologies aussi hétérogènes, à l'étiologie inconnue qui plus est, quelle autre branche de la médecine pourrait revendiquer une telle sophistication ? L'homme pathologique peut être soigné dans sa globalité. Il y a là largement de quoi assurer à la psychiatrie une excellente légitimité médicale. Avant comme après la découverte des médicaments de l'esprit, le vrai traitement est la psychothérapie : les médications la préparent, c'est le lieu commun psychiatrique. Il est inlassablement répété par tous les courants de la psychiatrie aux congrès mondiaux de 1950 et de 1955. Il est au centre du colloque de 1964 organisé à Lyon sur la relation médecin-malade dans les chimiothérapies ou de celui du groupe de l'Évolution psychiatrique la même année à Paris sur les relations entre psychopharmacologie et psychothérapies.

Après une petite période d'optimisme laissant espérer qu'on allait enfin pouvoir guérir la folie, la psychiatrie allait se retrouver avec une nouvelle chronicité : la plupart des schizophrènes doivent prendre leur molécule à vie pour être à peu près stabilisés, mais ces molécules ont des effets secondaires importants (en particulier dyskinésies tardives — raideur corporelle —, centres intellectuels déclinants, etc.). Les hôpitaux psychiatriques se sont peu à peu vidés, surtout avec l'invention des neuroleptiques retard en 1968 qui ne nécessitent qu'une injection mensuelle ou bimensuelle. Les malades sont traités médicalement en ambulatoire, sont supposés voir régulièrement leur médecin traitant en hôpital de jour, suivre un soutien psychothérapeutique et, grâce aux aides sociales, peuvent vivre ou survivre hors les murs de l'asile. À la différence des psychoses dont personne ne se demande si elles sont ou non de vraies maladies, la question sera posée à la dépression. Elle s'imposera à elle.

Pour les « troubles psychiques de l'homme sain[329] », la tripartition endogène, psychogène, exogène est la voie d'accès aux relations entre le sujet et la maladie. La pharmacologie ne montre-t-elle pas qu'on ne peut plus parler de sujet sans faire référence à la biologie ? D'un autre côté, la recherche des raisons pour lesquelles une molécule agit ou non sur tel ou tel patient ne pousse-t-elle pas les cliniciens à s'intéresser à la personnalité, à une « structure » qui rendrait compte des aléas de la pharmacologie ? Les antidépresseurs, pense-t-on à l'époque, sont plus efficaces lorsque l'élan vital est atteint par la maladie, quand la dépression est une maladie endogène sur le modèle de la mélancolie. Seulement, il s'agit d'un critère théorique. Comment faire en pratique pour distinguer entre les trois types de dépressions ? Comment se repérer alors qu'elles peuvent se ressembler, comme l'ont souligné Delay et

Deniker ? De quoi disposent les médecins pour faire un bon diagnostic et prescrire une thérapeutique efficace ? Ce sont évidemment des questions essentielles pour ceux qui sont en première ligne dans la prise en charge de ces troubles : les médecins généralistes.

Médecine générale : un chaos diagnostique

La dépression est une maladie trompeuse. Les psychoses connaissent certes d'énormes problèmes diagnostiques, mais la spécificité de la dépression est qu'elle est à la fois hétérogène et universelle. L'appréciation de l'effet des médicaments est, d'une part, plus délicate avec les états dépressifs dont la symptomatologie apparente est plus complexe que celle du délire, de l'hallucination et de l'agitation, et, d'autre part, son échelle sociale est démultipliée, le tout-venant asthénique, anxieux, abattu, douteur, hystérique, obsédé, etc., venant consulter en médecine générale.

S'il est déjà difficile de décrire précisément les effets des neuroleptiques, la situation est pire avec les antidépresseurs. D'abord, le fait que le médicament soit la cause de la rémission n'est pas net. Souvent, le jugement s'opère de la manière décrite par le Suisse Paul Kielholz en 1962 : « Une dépression, bien qu'elle n'ait pas été guérie ni par l'électrochoc ni par le médicament X, s'est finalement dissipée sous l'effet du médicament Y, d'où l'on déduit de manière erronée que le dernier médicament est le plus actif[330] » : il peut y avoir simple concomitance entre la fin d'un épisode dépressif et la prise d'un antidépresseur. Charles Brisset, dans un panorama des méthodes d'évaluation en 1965, estime que la méthode

consistant à isoler un aspect du comportement « est assez fidèle pour le comportement général (par exemple l'agitation) », mais cette méthode est plus médiocre, ajoute-t-il, pour des symptômes plus complexes comme ceux de « la tendance dépressive[331] ». En 1970, Jonathan Cole, qui fut pendant les années 1960 directeur de la division psychopharmacologie du National Institute of Mental Health et l'un des scientifiques américains les plus renommés dans le domaine, est d'une extrême sévérité : « Les agents antianxiétés et les agents antidépressifs souffrent d'une surpromotion. [...] De nombreuses dépressions, particulièrement névrotiques, s'amélioreraient de toutes manières, et les dépressions endogènes graves de type inhibé sont mieux traitées par les électrochocs. [...] En moyenne, la supériorité de ces médicaments sur les placebos n'est guère impressionnante[332]. » Si les neuroleptiques n'existaient pas, poursuit-il, ils manqueraient à l'arsenal thérapeutique ; en revanche, les antidépresseurs pourraient être avantageusement remplacés par l'électrochoc et quelques barbituriques bien sélectionnés. Les aléas de l'évaluation des traitements pharmacologiques rendent la situation nosographique de la dépression rapidement fort confuse. Cinq ans après les communications de Kline et de Kühn, Kielholz dresse un bilan catastrophique : « Dans le domaine du traitement pharmacologique règnent à l'heure actuelle des conditions presque chaotiques. Les données de la littérature concernant les améliorations et les guérisons oscillent par exemple pour l'imipramine entre 25 et 80 %, pour certains inhibiteurs de la monoamine oxydase elles vont même de 0 à 65 %[333]. »

Comment mettre de l'ordre dans ce chaos ? Il faut choisir une stratégie thérapeutique, prescrire le « bon » antidépresseur, indiquer éventuellement une psychothérapie, voire une psychanalyse.

Éduquer le corps médical consiste à bien reconnaître le type de dépression et à différencier la dépression de pathologies qui lui ressemblent. Le cœur du raisonnement psychiatrique est étiologique. Il consiste à se poser la question suivante : quelle est la pathologie sous-jacente aux symptômes repérés ?

Une demande en progression, un contexte médical en évolution

En 1960, une enquête du CREDOC note qu'après les affections saisonnières (grippes, etc.) et les affections digestives « le groupe le plus important est [...] constitué par un ensemble d'affections qui peuvent sembler assez disparates. Il rassemble les troubles psychiques, les insomnies, les migraines, céphalées, névralgies et douleurs non rapportées à une cause précise[334] ». Les troubles fonctionnels représentent 11,8 % de la consommation pharmaceutique. Les auteurs soulignent que la méthode ne leur permet pas de distinguer entre les troubles psychiques autonomes et ceux qui sont la conséquence d'une affection organique, mais cette difficulté est également imputable « au niveau même des concepts médicaux et des possibilités de diagnostic ».

Dans l'avant-propos du premier numéro spécial de *La Revue du praticien* consacré aux syndromes dépressifs en 1963, le Dr Laplane note que « les états dépressifs ont en pratique médicale une importance considérable tant par leur fréquence que par les risques qu'entraînent leur méconnaissance et l'efficacité des thérapeutiques qu'on peut leur opposer ». Il souligne également, comme toute la littérature de l'époque, qu'ils représentent « certainement une proportion importante de toute clientèle d'un praticien généraliste[335] ». Une enquête de 1965 sur les pratiques privées

estime que 80 % de la clientèle des généralistes est composée de « malades fonctionnels[336] ». Le « vaste groupe des dépressions et des névroses traitées en pratique privée » semble croître sensiblement, confirme Claude Blanc en 1966[337].

La demande privée de prise en charge des problèmes psychologiques est en nette progression au cours des années 1960 : toutes les sources le montrent. En 1967, il y aurait mille six cents psychiatres exerçant en privé : « On sait seulement qu'ils ne chôment guère et que toute nouvelle clientèle en cabinet ou en clinique se traduit par une réussite rapide[338]. »

Les médecins doivent être au moins sensibilisés à la psychologie clinique et posséder un minimum de connaissances psychiatriques. « Beaucoup reste encore à faire, estime Ey en 1965, mais l'introduction de la psychobiologie dans les écoles de médecine est un phénomène d'importance majeure[339]. » Trois ans plus tard, Jean Guyotat est dans le même ton : « Depuis cette date, on peut dire que ce qui caractérise de plus en plus le mouvement de la psychiatrie, c'est la pénétration progressive de la psychiatrie et des institutions psychiatriques dans le milieu social[340]. » Il parle bien entendu du secteur, mais également de la médecine générale, car « plus de 30 % » de la clientèle est atteinte de problèmes relevant d'une compétence psychiatrique. Une formation psychopathologique s'avère donc indispensable. De nombreux colloques mettent cette question à l'ordre du jour : le congrès mondial de psychiatrie à Madrid en 1966, le congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française à Dijon en 1967, le symposium de la médecine psychosomatique à Paris en 1967, celui de la société de psychologie médicale à Rennes en 1968, etc. Mais l'insuffisance de la formation psychiatrique des généralistes est un thème récurrent : ils n'arrivent pas à dépasser leurs fonctions de « donneurs de médicaments »,

abusent des fortifiants et des stimulants qu'ils associent systématiquement à des tranquillisants[341]. Dans une enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France, les psychiatres questionnés insistent à une écrasante majorité sur la nécessité d'une collaboration étroite avec les omnipraticiens, « mais les griefs à l'égard du généraliste s'expriment assez vivement[342] » : soit que celui-ci porte trop vite un diagnostic de névrose et envoie le patient, qui n'avait rien demandé et s'en trouve effrayé, chez le psychiatre, soit qu'il se polarise sur les symptômes.

Si les chimiothérapies rendent nécessaire la pratique psychothérapeutique, que désigne celle-ci ? Sa définition « est aussi large qu'imprécise », elle « va de la simple écoute, du bon conseil, de l'attitude compréhensive, à l'essai de connaissance et de maîtrise de la relation du patient à son médecin[343] ». De plus, le mot désigne des techniques variées dont la maîtrise nécessite une formation : psychanalyse freudienne, mais aussi jungienne, rêve éveillé, training autogène, relaxation, groupes thérapeutiques, etc. Les omnipraticiens doivent-ils s'initier à tout cela ? Et comment ? Car « on sait que la psychiatrie n'est, dans l'enseignement de la médecine, qu'une sœur mineure de la neurologie[344] ».

Dès la fin des années 1950, les psychiatres hospitaliers s'intéressent de plus en plus aux psychothérapies et surtout à la psychanalyse[345]. Elle commence à occuper une place notable en psychiatrie. Le retentissement dans les milieux psychiatriques du colloque de Bonneval sur l'inconscient organisé en 1960 par Henri Ey, et publié en 1966, stimule l'attraction de la psychanalyse[346]. En 1960, aucun des chefs de service de psychiatrie de la région parisienne n'a suivi une formation analytique ; en 1965, ils sont dix sur trente-trois[347]. Un tiers des neuropsychiatres du département de la Seine sont psychanalystes — cette proportion est unique par

rapport à l'ensemble de la France[348]. Les courants psychanalytiques « deviennent de plus en plus puissants », confirme Ey en 1965, tandis que se développent parallèlement les psychothérapies de groupe et la psychosomatique[349]. La première conférence internationale sur la formation des médecins est organisée par la clinique Tavistock en 1962 à Londres, la deuxième a lieu à Paris en 1964 : elles « ont permis de discuter très largement tous les problèmes posés par la formation psychologique indispensable aux médecins[350] ». Pierre Pichot est élu à la première chaire de psychologie médicale à la faculté de médecine de Paris. Des manuels sont publiés à destination des étudiants en médecine et des médecins[351]. On y expose la diversité des techniques (hypnose, training autogène, etc.). Les premiers groupes Balint apparaissent en 1959, et la Société médicale des groupes Balint est fondée en 1967 : ils initient des médecins à la relation thérapeutique dans la pratique quotidienne[352]. Mais l'impact de ces groupes reste très marginal. « Il y a dix ans, déclare le Dr Kammerer, à une époque où nous étions très peu nombreux à être analysés, il y avait un certain nombre parmi nos collaborateurs les plus avancés qui n'avaient pas idée de ce qu'était la psychothérapie. Pas la moindre idée[353]. » À la fin des années 1960, la psychanalyse rayonne en psychiatrie, nombre d'internes entreprennent une cure, et certains d'entre eux seront les futurs patrons de la psychiatrie française.

Diagnostic difficile, thérapeutique délicate ou l'éducation du généraliste

Le premier article évoquant les antidépresseurs dans *La Revue du praticien* date de 1958 : « Les substances psychotropes ont continué [...] à tenir la vedette de l'actualité thérapeutique. » L'imipramine,

qui n'est pas encore commercialisée en France, « possède une action dans les états dépressifs. Pourtant, il ne calme ni n'euphorise[354] ». Il y a là un étonnement sur la spécificité antidépressive. La littérature médicale est déjà riche, mais aussi « la perplexité des cliniciens[355] », car les articles sur les indications thérapeutiques sont rares. Or guider le diagnostic et la prescription est essentiel pour les généralistes, d'autant plus, comme le répétera inlassablement *La Revue du praticien*, qu'ils représentent une partie importante de la clientèle quotidienne. Le point capital est de bien diagnostiquer la pathologie sous-jacente de ces « sujets inadaptés aux conditions de vie (professionnelle, familiale) qui leur sont faites[356] » : l'usage d'une molécule « ne doit *en aucun cas* être séparé de la psychothérapie ; il ne faut *jamais* perdre de vue que son action symptomatique sur l'anxiété, les tensions émotionnelles ou l'insomnie ne sont que palliatives, et que la cause profonde, biologique ou psychologique, doit être soigneusement recherchée et traitée[357] ». Distinguer les symptômes de la maladie est une constante des articles de la revue. Mais comment diagnostiquer une pathologie aux manifestations cliniques nombreuses, à l'étiologie inconnue, pour lesquelles va rapidement exister un « nombre croissant de ces drogues, comme l'indique déjà un psychiatre en 1962, qui se veulent toutes supérieures aux plus anciennes, et de moins en moins douées d'effets toxiques sur l'ensemble de l'organisme[358] » ?

En effet, « c'est un diagnostic porté à la fois trop souvent et trop rarement ». Trop souvent, car les omnipraticiens diagnostiquent bouffée anxieuse, crise hystérique ou épisode délirant comme états dépressifs. Trop rarement, car les états dépressifs, y compris « les plus typiques, sont qualifiés d'asthénie ou surmenage, et le repos à la campagne alors prescrit, déracinant malencontreusement le

malade, peut se terminer tragiquement[359] ». On voit que le chaos décrit par Kielholz est bien réel et que, dès le début des années 1960, la dépression est en train de prendre le pas sur toute une série de petites pathologies mentales : elle les redéfinit.

L'existence d'une chimiothérapie efficace est considérée comme « un événement de portée considérable [...]. Il est maintenant acquis et, dès le début, avec des facilités d'emploi et des pourcentages de succès qui comblent les plus difficiles et convainquent les plus réticents[360] ». Les antidépresseurs apparaissent dans la catégorie des énergisants comme de nouveaux produits à côté des amphétamines[361]. Près d'une dizaine de molécules sont sur le marché au milieu des années 1960, et de nouvelles substances ne cessent de sortir. Selon quels critères les médecins vont-ils faire leur choix ? De plus, ils ont tendance à confondre les genres de psychotropes et connaissent mal les règles d'emploi des antidépresseurs. Quelles peuvent être les indications de corps aux formules, aux modes d'action et aux propriétés aussi différents ? Le médecin doit tenir compte d'une multiplicité de facteurs (sociaux, psychologiques et organiques) qui suscitent des réponses pathologiques diverses (anxiété, asthénies, etc.).

Il ne doit pas se substituer aux psychiatres, car la thérapeutique n'est simple qu'en apparence, « les symptômes sont si particuliers et les pièges si fréquents[362] ». Ampleur de ces pathologies en médecine générale et hétérogénéité des symptômes qui rend le diagnostic difficile et la thérapeutique délicate, ces thèmes sont récurrents. Ne pas nuire est, rappelons-le, la règle déontologique majeure du médecin. Les médecins doivent distinguer « la dépression mélancolique [qui] est l'état type[363] », héréditaire et récidivante, et les dépressions simples et/ou névrotiques qui sont réactionnelles. La surveillance du traitement doit être rigoureuse à la fois parce qu'il

faut être capable de suivre l'évolution d'une symptomatologie trompeuse et parce que les risques de suicide sont importants chez les mélancoliques et dans les dépressions endogènes[364]. La crainte majeure des médecins est le suicide car la levée de l'inhibition précède l'amélioration de l'humeur. Les indications « doivent être pesées soigneusement : dans les cas graves, le délai d'action et certains inconvénients des antidépressifs peuvent leur faire préférer d'autres thérapeutiques et notamment les électrochocs ; dans les cas bénins, il ne convient pas de faire courir au malade des risques que son état ne justifie pas[365] ». Le traitement doit être poursuivi au moins un à deux mois après la levée des symptômes, le temps que la rémission se consolide.

Les symptômes de tristesse et de douleur morale sont le noyau de l'humeur dépressive. « L'inhibition et la douleur morale [...] [qui] se résument à une impression générale de tristesse[366] » sont le fond principal « sans lequel il n'est pas possible de parler de dépression[367] ». Elle produit un « sentiment de dévalorisation de soi-même, qui colore tous les autres aspects comportant réduction et lenteur du cours des idées, de l'incitation à l'action » : la tristesse cause le ralentissement, lequel est finalement secondaire. Il ne faut surtout pas la confondre avec l'état anxieux, d'autant plus que la distinction entre antidépresseurs et anxiolytiques n'est pas toujours perçue en médecine générale[368].

Quand le médecin a diagnostiqué un syndrome dépressif, il lui faut préciser à quel type de dépression il a affaire : mélancolique-endogène, névrotique, réactionnelle, symptomatique[369] (d'une maladie organique). Les dépressions névrotiques elles-mêmes peuvent revêtir plusieurs formes. La seule chose certaine est qu'il ne s'agit pas d'une entité psychiatrique, mais d'un « syndrome observable tant chez le malade mental connu ou non que chez le

sujet d'apparence normale[370] ». Les rapports entre l'anxiété et la dépression sont particulièrement délicats à définir : si la dépression n'est pas l'anxiété, il existe des dépressions anxieuses. Par chance, les molécules mises sur le marché ont attiré l'attention sur une distinction : certaines agissent plus particulièrement sur l'anxiété, d'autres sont plutôt stimulantes. En 1967, la distinction semble bien fixée[371].

Un autre problème complexifie encore la démarche. Dans la mesure où, grâce aux médicaments psychotropes, les maladies mentales ne suivent plus un cours naturel pouvant emprunter les deux voies de la chronicité ou de la guérison, une question clé se pose : changent-ils les conceptions de la maladie mentale ou modifient-ils les tableaux cliniques auxquels les psychiatres avaient affaire avant leur invention ? La séméiologie se transforme rapidement sous l'effet du traitement[372], et les symptômes présentés peuvent accroître la confusion. Le problème se posait déjà avec l'électrochoc, mais il est démultiplié avec les médicaments parce qu'ils sont nombreux et qu'une même classe de médicaments s'avère avoir une efficacité différenciée. Les « espèces morbides [...] paraissent hétérogènes[373] ». Par quelles méthodes homogénéiser ?

L'usage des antidépresseurs reste limité parce que délicat. Leurs effets secondaires (sécheresse de la bouche, troubles de la mémoire, constipation, tremblements, prise de poids) et toxiques (problèmes cardio-vasculaires, parfois mortels) se cumulent à leur lenteur d'action. Leur maniabilité est complexe parce qu'ils doivent être prescrits avec des dosages très variables selon les malades. Si la médication reste sans effet, il faut recommencer avec un autre. On comprend que les antidépresseurs soient peu employés. Les psychotropes passent du neuvième au cinquième rang de la

consommation médicale entre 1965 et 1970 grâce à la prescription d'hypnotiques et d'anxiolytiques[374].

Dans un tel contexte, les médicaments ne suscitent guère de soupçons. Un ouvrage de 1970 destiné au grand public explique que, dans nos sociétés de bien-être, « on passe des médicaments pour malades aux médicaments pour gens normaux en difficulté, puis aux médicaments pour faciliter la vie chez des gens en état normal[375] ». Le lecteur est informé sur les recherches qui tentent de mettre au point « des composés chimiques dénués de toxicité [...]. Ils seront pour demain les vrais médicaments du bien-être[376] ». Il n'y a là nulle interrogation pour savoir si l'on doit soigner le mal de vivre. L'allusion à de futurs médicaments dénués de toxicité apparaît d'ailleurs dès le lancement de la chlorpromazine. « Mon ami Henri Ey, déclare Delay en 1955, a justement critiqué cette notion des "aspirines psychiatriques", mais je me permettrai de faire remarquer que l'aspirine est un grand médicament et que nous voudrions bien pouvoir disposer en psychiatrie de quelques "aspirines"[377]. » Dans une conception où l'on pousse les patients à s'intéresser à leur conflictualité psychique, un médicament anodin pour améliorer leur confort intérieur serait une bonne nouvelle : personne ne se demande si on a affaire à de vraies maladies. Au contraire, il y a là une autorisation à être psychiquement malade. Elle est un des vecteurs de l'entrée de l'intime dans les mœurs.

Le thème de la vie moderne participe du même mouvement. Il apparaît dès le premier article consacré par *La Revue du praticien* aux antidépresseurs en 1958. L'homme moderne « a trop d'ambitions et contradictoires ; la civilisation occidentale ne comporte pas que des avantages, et en tout cas il faut les payer cher », par « des états d'inconfort neuropsychique ». Le rôle « des drogues psychotropes » est « de rendre à ces patients la joie de vivre, à laquelle justement la

vie moderne et les progrès de la technicité ne cessent de s'attaquer[378] ». La « vie moderne » ne fait pas douter le médecin de l'existence de pathologies, au contraire. « Ne voit-on pas tous les jours des malades qui, avec ou sans syndrome organique, voient leur vie dominée par leur tonus psychique ? explique un médecin dans un symposium en 1962. La dépression paraît commander toute la vie de l'homme moderne. Ce fait est inquiétant[379]. »

Le cumul des difficultés ne donne guère aux généralistes les moyens de développer une pratique cohérente et standardisée. Distinguer l'anxiété de la dépression, différencier les types de dépression, les rattacher le cas échéant à un fond névrotique ou à une autre catégorie psychiatrique, tout cela dessine une tâche impossible. La dépression endogène est calquée sur la mélancolie : les indices en sont l'absence de cause exogène, des antécédents familiaux ou des accès antécédents chez la personne, soit maniaques soit dépressifs, un désir de mort se manifestant par exemple dans le sentiment que l'on se sent une charge inutile pour autrui. Dans les dépressions exogènes — les plus nombreuses —, il faut distinguer les cas selon la présence ou l'absence d'une liaison entre personnalité et événement déclenchant. Quand l'épisode dépressif est lié à un événement déclenchant, il ne s'agit pas d'une psychonévrose de défense. C'est l'inverse lorsque l'événement a un rôle peu important, car le motif est d'origine psychogène, et la dépression est symptôme de conflits psychiques inconscients.

Entre les psychothérapies vouées à l'échec, parce que la thymie seule est malade, et les pharmacothérapies, efficaces quand même dans les névroses, le chaos nosographique ne conduit-il pas à un diagnostic impossible ? D'où la formule magique de résolution de l'incertitude qu'est l'épreuve thérapeutique : « En pratique, c'est le

plus souvent le succès de la thérapeutique antidépressive qui confirmera les cas douteux[380]. » Au final, la conséquence principale des antidépresseurs est qu'ils démontrent aux médecins que ce n'est pas une maladie imaginaire. Selon Louis Bertagna, responsable de la rubrique « psychiatrie » de *La Revue du praticien* depuis les années 1950, « la maladie dépressive [...] prend alors sa véritable physionomie de maladie authentique liée à un dérèglement physiologique et ne se séparant des autres types d'affections médicales que par son expression psychologique[381] ». En 1970, neuf millions de cas de névroses et de troubles de la personnalité auraient été diagnostiqués[382].

La pharmacologie est un moyen de s'intéresser à sa vie intime

Si n'importe qui ne fait pas n'importe quelle dépression, les nuances, les à-peu-près et les contradictions sont tels qu'il n'est pas possible de corréler un type de personnalité et un type de dépression. De là, un consensus minimal : en agissant chimiquement sur le syndrome thymique, le médicament prépare le patient à affronter ses conflits psychiques, il vise à faire de ce dernier l'agent thérapeutique de son propre mal. Dans un tel chaos, l'insuffisance thymique et la conflictualité psychique se renforcent mutuellement : ils maintiennent, malgré les multiples difficultés évoquées, symptômes et syndromes dans une problématique du sujet malade. La naissance de la biologie de l'humeur, puis la découverte des neuroleptiques, des anxiolytiques et des antidépresseurs sont le moteur d'une attention nouvelle de la part des médecins aux émotions, aux sentiments, à la vie affective.

La dépression fait partie du paysage de la médecine générale dès la seconde moitié des années 1960. Lors des assises régionales de médecine en 1972 consacrées aux états dépressifs, plusieurs intervenants signalent l'inflation du terme, et cela pour deux raisons : l'extension du diagnostic lui-même, mais également celui de l'emploi du terme « dépression » pour rassurer la famille du malade, ne pas stigmatiser le patient psychotique dans les certificats médicaux destinés à son employeur ou éviter de le confronter trop brutalement à un diagnostic de schizophrénie. « De ce fait, le public, les médecins et, la main forcée, les psychiatres sont amenés à baptiser ainsi un nombre excessif de perturbations psychiques dont la majorité n'entre pas dans le cadre des états dépressifs[383]. » La dépression est un trouble socialement acceptable, mais en échange il perd de sa signification médicale[384]. Il devient un attracteur sémantique.

Tout au long des années 1960 émergent une offre médicale et un langage permettant que se formule une demande de soin. Magazines grand public et ouvrages de psychologie populaire, on va le voir, s'en font l'écho, ils créent un espace social où sont énoncés des mots quotidiens que chacun peut s'approprier à loisir — comment les lecteurs se l'approprient est un autre problème. Ils mettent des qualificatifs *communs* sur ce que *chacun* est personnellement susceptible de ressentir de façon indistincte en lui-même. L'ensemble de ces éléments contribue à donner une place sociale à la vie intérieure, à instituer un langage propre à la psyché. Pour guérir, y compris avec une molécule, il faut que le patient s'intéresse à son intimité. Il ne peut être réduit à sa maladie, il doit être un sujet de ses conflits.

La difficulté à rattacher la dépression à telle ou telle catégorie est le nœud des incertitudes diagnostiques. Son caractère trompeur, résultant de la combinaison entre hétérogénéité et universalité, est le ressort de son futur succès. L'impossible définition conduira à empiler syndromes dépressifs sur syndromes dépressifs, à en décomposer d'anciens pour en ajouter de nouveaux. Cette transformation interne à la psychiatrie aura des conséquences pratiques considérables dans le contexte de remaniement de la notion de personne qui s'est déjà amorcé silencieusement avec le bien-être, la consommation et la mobilité sociale. En faisant entrer les vicissitudes de la vie moderne dans le soin, en familiarisant la médecine avec elles, s'enclenche une dynamique qui finit par instituer un langage social spécifique à l'intime. Elle contribue à la socialisation de la psyché. Parallèlement, elle engage la psychologisation de la société. Les cadres disciplinaires et les interdits qui enchâssent la personne commencent à être ébranlés.

DEUXIÈME PARTIE

LE CRÉPUSCULE DE LA NÉVROSE

« Je ne pouvais me soumettre au destin plus longtemps. Ce que je voulais, ce n'était pas d'être bon comme notre tradition l'entendait, mais de faire mon chemin. Mais comment ? Qu'avais-je à offrir ? [...] Cette anxiété se mit à me ronger. »

V. S. NAIPAUL,

La Courbe du fleuve,
1982.

« La libération sexuelle a remplacé la crainte de la faute par le souci de la normalité. »

Augustin JEANNEAU,

« Les risques d'une époque ou le narcissisme du dehors »,
1986.

Crise de la dépression névrotique, changement dans la figuration du sujet

On peut, à la fin des années 1960, raisonnablement classer la dépression en trois grands ensembles : la dépression endogène, la dépression névrotique[385] et la dépression réactionnelle, nécessairement exogène. La première a pour origine le plus profond somatique, ses mécanismes sont biologiques, ils affectent les sensations, les émotions, les sentiments, bref, l'expérience psychique et subjective. La deuxième est celle qui met le plus en jeu la notion de personnalité : elle se veut au plus proche du désordre *psycho*pathologique. La troisième met l'accent sur l'événement extérieur qui en est le motif : elle peut atteindre les mieux-portants et les plus équilibrés sur le plan psychologique.

Si la place des antidépresseurs dans le traitement reste l'objet de discussions, il n'y a, dans la période que nous venons d'examiner, aucun doute sur le fait que la psychothérapie est l'indication thérapeutique majeure. Quelles que soient leurs limites, la catégorie des névroses alliée à celle de la mélancolie « tiennent » les syndromes dépressifs. Janet est la référence de Delay pour nommer les types d'effets des médicaments psychotropes ; Freud est le foyer de la définition des psychothérapies parce qu'il apporte également des éléments de compréhension à la psychogenèse des psychoses — de Lacan à Guiraud. Cependant, les contenus et les frontières

nosologiques des types de dépressions font l'objet de désaccords tels qu'ils se retrouvent dans une impasse, impasse dont témoignent le désordre dans les classifications ou dans les prescriptions en médecine générale.

La dépression est une entité carrefour, les professionnels s'accordent sur ce point quelles que soient leurs orientations. En 1980, dans l'allocution finale d'un colloque européen sur la dépression, Pierre Pichot, qui est, avec Pierre Deniker, le plus prestigieux représentant de Sainte-Anne, déclare : « On se trouve devant la question de la subdivision possible de cette classe à la fois unique par son fonds commun, et multiple par ses aspects, ses conditions d'apparition, et ses mécanismes[386]. » On vient de voir qu'il est difficile d'obtenir des critères différenciant nettement, d'une part, dépression endogène et dépressions exogènes et, d'autre part, les différents types de dépression exogène les uns par rapport aux autres. Comment sortir du chaos diagnostique au sein duquel les médecins généralistes doivent se débrouiller vaille que vaille ?

Dans les discussions sur l'étiologie, le diagnostic et l'efficacité thérapeutique de telle approche ou de tel produit, l'ensemble le plus faible *et* le plus diagnostiqué est la dépression névrotique. Névrose est ici le mot important : le conflit intrapsychique se manifeste par des symptômes dépressifs, et c'est ce conflit qui est l'objet de l'action thérapeutique. Dans cette classe pathologique, les notions de sujet et de conflit s'imbriquent à tel point qu'elles sont équivalentes : un sujet est sujet de ses conflits.

La psychiatrie trouve deux grandes solutions classificatoires pour mettre un peu plus de cohérence dans le diagnostic. Or chacune contribue de manière totalement différente au déclin de la névrose en tant qu'expression du conflit psychique.

La première solution est proposée par des psychiatres d'orientation psychanalytique. Elle porte l'accent sur la notion de personnalité dépressive : le syndrome dépressif n'est ni psychotique ni névrotique, il est un « état-limite ». Le névrosé est un homme conflictuel, car il « est celui qui laisse apparaître le conflit inconscient[387] ». La « personnalité dépressive » est incapable de faire advenir ses conflits, de se les représenter, elle se sent vide, fragile et a des difficultés à supporter les frustrations. De là, sa tendance à adopter des comportements dépendants et ses recherches de sensations. Dans le langage psychanalytique, on dira que la personnalité en question se situe moins dans un registre conflictuel que dans un registre dit clivé, caractérisé par une sorte de déchirure interne où les éléments ne sont ni en conflit et ni en rapport : la personne est dominée par un sentiment d'insuffisance. Il y a là un changement dans la figuration de soi : la faille intime se transforme en béance intérieure.

La seconde solution évacue la notion de personnalité et la compétence clinique du psychiatre grâce à l'utilisation d'un modèle appelé néo-kraepelinien : puisque les psychiatres n'arrivent pas à se mettre d'accord sur des causes et, en conséquence, sur les maladies sous-jacentes aux syndromes, il suffit de débarrasser la séméiologie du problème étiologique, c'est-à-dire de la question : à quelle pathologie sous-jacente renvoie une série de symptômes ? Le moyen technique consiste à élaborer des critères diagnostiques *standardisés* qui décrivent clairement les syndromes et peuvent être ainsi de bons guides pour le diagnostic. Nous allons traverser l'Atlantique pour décrire cette solution, car elle s'élabore aux États-Unis : le visage de la psychiatrie en sort largement modifié avec le lancement d'un document tenant lieu de deuxième révolution psychiatrique : la troisième version du *Manuel diagnostic et statistique des troubles*

mentaux. Le jargon professionnel désigne ce document du sigle DSM-III. Le biologique, le psychique et le social forment désormais un triangle crucial dans le nouveau *mainstream* psychiatrique qui se dessine au cours des années 1970. Nous entrons dans l'âge que la psychiatrie appelle le « biopsychosocio ».

Ces deux solutions scellent le divorce entre le modèle déficitaire et le modèle conflictuel. Dans la version médicale, l'homme déficitaire est avant tout objet de sa maladie. Il est objet au sens où il est défini sur le mode du pâtir (peu importe qu'il pâtisse d'un manque d'amour de la mère remontant à la petite enfance ou d'un taux de sérotonine insuffisant) : le déprimé n'a guère besoin de se confronter à ses conflits, car il *a* une pathologie dont on peut le débarrasser. Dans la version psychanalytique, il n'arrive pas à être le sujet de ses conflits. Sujet doit se comprendre au sens d'un sujet de l'action — un agent — qui se structure de la possibilité de se représenter ses conflits, et, en conséquence, d'être mieux armé pour retrouver « la liberté de se décider pour ceci ou pour cela[388] », comme dit Freud à propos de la guérison. Le fil conducteur de cette seconde partie est que l'on assiste à un déclin de la référence au conflit et à la culpabilité au profit de figures qui mettent plutôt en jeu le déficit et le bien-être.

Cette transformation de la notion de dépression se fait dans un contexte de changement normatif qui devient sensible au cours des années 1960. En effet, les règles traditionnelles d'encadrement des comportements individuels ne sont plus acceptées, et le droit de choisir la vie qu'on veut mener commence sinon à être la norme de la relation individu-société, du moins à entrer dans les mœurs. Les rapports entre le public et le privé se modifient notablement : le premier apparaît comme le prolongement du second. Au lieu de la discipline et de l'obéissance, l'indépendance à l'égard des

contraintes sociales et l'étayage sur soi ; au lieu de la finitude et du destin auquel il faut s'adapter, l'idée que tout est possible ; au lieu de la vieille culpabilité bourgeoise et de la lutte pour s'affranchir de la loi des pères (Œdipe), la peur de ne pas être à la hauteur, le vide et l'impuissance qui en résultent (Narcisse). La figure du sujet en sort largement modifiée : il s'agit désormais d'être semblable à soi-même. À partir du moment où *tout est possible*, les maladies de l'insuffisance viennent placer, à l'intérieur de la personne, des déchirures venant lui rappeler que *tout n'est pas permis*.

À l'intersection de discussions psychopathologiques et de ces changements normatifs, la dépression se positionne comme l'envers d'une telle figure du sujet. Elle associe la mélancolie de l'âge classique à la passion égalitaire des temps démocratiques, ceux où, selon la célèbre formule d'Andy Warhol, chacun aurait droit à son « quart d'heure de célébrité ». La dépression est le drame d'une nouvelle normalité qui est en même temps nouvelle normativité (chapitre IV).

Sur le front médical (chapitre V), on dispose désormais de données indiquant l'importance considérable des demandes de prise en charge de problèmes personnels divers en médecine générale. Parallèlement, l'expertise psychiatrique sur laquelle cette médecine peut s'appuyer lui offre des solutions pratiques pour surmonter le chaos diagnostique. Cette expertise met en relief l'efficacité d'un modèle déficitaire. La dépression sort du raisonnement consistant à chercher la pathologie sous-jacente. Pourquoi pousser les patients à se confronter à leurs conflits dans la mesure où l'assistance médicale compense le sentiment d'insuffisance ? L'entité carrefour devient un fourre-tout. Dans la foulée, le statut thérapeutique des médicaments psychotropes commence à être questionné : drogue-t-on les gens ou les soigne-t-on véritablement ? La déconnexion des deux modèles de

maladie, associée à l'érosion des fonctions régulatrices de l'interdit, conduit à l'interrogation sur les frontières du normal et du pathologique. Le continent du permis cède le pas au continent du possible.

CHAPITRE IV

LE FRONT PSYCHOLOGIQUE : LA CULPABILITÉ SANS CONSIGNE

Au cours d'un colloque international tenu sur les dépressions à New York en octobre 1970, Heinz Lehmann lance un pourcentage et un chiffre qui seront longtemps repris : la prévalence à un moment donné de la dépression serait de 3 % parmi la population mondiale, cent millions de personnes en souffriraient[389]. Elle vient de devenir la pathologie mentale la plus répandue sur la planète[390]. Le Suisse Paul Kielholz, directeur de la clinique psychiatrique de Bâle, après avoir organisé deux congrès à Saint-Moritz en 1972 et en 1973, fonde en 1975 le Comité international pour le traitement et la prévention de la dépression dans un but de formation des généralistes. La presse médicale évoque largement la dépression comme une mode : « L'importance accordée par l'information non médicale au "phénomène dépressif", la relative facilité avec laquelle les patients évoquent "leur dépression" ou celle d'un proche pourraient laisser penser qu'il s'agit d'une mode. [...] Les arguments avancés pour plaider dans ce sens à une époque où vedettariat, surmenage, doping (et parfois dépression considérée souvent à tort comme conséquence) se trouvent confondus et font si fréquemment "la une" de grands quotidiens [...]. Le mot lui-même de dépression est sans doute abusivement utilisé un peu à tort et à travers[391]. » Le

thème fait florès. On le retrouve dans les revues psychiatriques aussi bien que de médecine générale. « La civilisation est donc particulièrement déprimante », écrit le Dr Ragot en 1977 dans la plus ancienne revue psychiatrique française, les *Annales médicopsychologiques*[392]. Les revues de psychanalyse s'emparent également du thème dépressif : « Si la dépression a pris le statut de maladie à la mode, souligne le psychiatre-psychanalyste Jean Bergeret en 1976, c'est en partie, il faut bien le reconnaître, par suite d'un consensus collectif de dévaluation de l'Œdipe[393]. »

Libération psychique et insécurité identitaire

La dépression « se situe tout au long d'une ligne qui va du folklore médical à la mort. À un bout [...], la dépression "à toutes les sauces", au point que l'on confond maintenant déplaisant et déprimant, avec le mythe de l'individu déprimé qu'il faudra regonfler comme un vieux pneu. À l'autre bout : l'événement qui donne sens à la vie de l'homme, à savoir la mort[394] ». Voilà fort bien résumé par un psychiatre en 1973 l'étonnante situation de la dépression. Déclinant ses différentes facettes entre une vérité essentielle à l'être de l'homme jusqu'au petit abattement quotidien, la dépression semble recouvrir un spectre encore plus large que la neurasthénie un siècle auparavant.

Comment se fait-il que la dépression soit mise à toutes les sauces ? Qu'est-ce que cette dévalorisation de l'Œdipe qui favorise l'éclosion des troubles dépressifs ? Pourquoi la civilisation est-elle déprimante ? L'époque ne sent-elle pas encore bon l'optimisme ? Les questions concernant la vie privée et l'intimité ne connaissent-elles pas au cours de ces années d'heureuses transformations ? Le droit de

vivre la vie qu'on a choisie ne commence-t-il pas à devenir une réalité ?

La période qui s'ouvre est caractérisée par une dynamique dont les deux faces sont *libération psychique* et *insécurité identitaire*. Côté scène, l'émancipation de masse prend son envol : les médias encouragent, à partir des années 1960, une attention nouvelle à la vie intime, tandis que des techniques qu'un sociologue américain, Philip Rieff, a appelées en 1966 « les thérapies de la libération[395] » prétendent fournir à chacun les moyens pratiques de construire « son » identité indépendamment de toute contrainte. Côté coulisses, celui de la psychopathologie, des controverses nouvelles apparaissent en France : elles suggèrent l'existence d'une insécurité identitaire nouvelle par sa massivité. Le vide dépressif et le remplissage addictif en constituent le tableau clinique majeur. La passion d'être soi, qu'encouragent les nouvelles normes, a-t-elle pour contrepartie le mariage de la dépression et de l'addiction ? Autour de l'apathie et de la stimulation se constituent deux grands domaines pathologiques.

Ni fou ni paresseux : la vie intérieure n'est pas affaire de psychologie

Au moment où la dépression se diffuse dans la médecine générale et les mœurs, la société française entre en effet dans sa grande transformation : elle sort du monde des notables et des paysans, et de l'immobilité des destins de classe. La croissance économique, le développement de la protection sociale, les changements du système éducatif (la fin de la séparation entre le primaire et le secondaire permet, formellement du moins, aux

enfants des classes populaires de poursuivre leur scolarité jusqu'au baccalauréat), les nouvelles possibilités d'ascension sociale, les mutations de la famille, les politiques du logement (qui diminuent le surentassement et accroissent les espaces pour une vie personnelle) et d'équipement collectif, tout cela concourt à modifier les représentations de la relation individu-société. Le progrès des conditions matérielles de vie fait du bien-être non plus une aspiration lointaine, mais une réalité accessible aux classes populaires : si auparavant le confort était, éventuellement, gagné en fin de vie, désormais « des couples jeunes [...] peuvent débuter avec une garantie et un niveau de ressources que leurs parents mettaient toute une vie à atteindre[396] ». L'idée que chacun puisse faire son chemin se démocratise, l'homme de masse se met personnellement en mouvement. Cela suscite de nouveaux désarrois.

ÉPIDÉMIOLOGIE : UNE PATHOLOGIE DU CHANGEMENT

L'épidémiologie nous apprend que la dépression s'est diffusée dans nos sociétés comme une pathologie du changement et non de la misère économique et sociale : elle accompagne les mutations affectant l'ensemble de nos institutions après la Seconde Guerre mondiale. L'abondance l'engendre et non la crise économique. La dépression prend son essor pendant les Trente Glorieuses, dans une période de progrès économique, de bien-être croissant et d'optimisme généralisé. Sa fréquence, son étendue et son incidence sur l'état sanitaire de la population en font un problème de santé publique.

En 1967, un expert de l'OMS estime, à partir des premières enquêtes effectuées en population générale, que les taux de

prévalence des troubles mentaux non psychotiques avaient presque doublé en quinze ans[397]. Une synthèse épidémiologique publiée en 1975 par le chef du bureau des maladies mentales du même organisme reprend le chiffre de cent millions et soutient qu'il ira en s'aggravant pour quatre raisons : l'allongement de l'espérance de vie accroîtrait les dépressions (à cause des maladies associées au vieillissement), le changement constant de l'environnement psychosocial produirait des stress susceptibles de se transformer en dépression (désintégration de la famille, solitude, etc.), les maladies cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires ou gastro-intestinales, elles-mêmes en augmentation, suscitent des réactions dépressives dans un cas sur cinq, la croissance de médicaments sources de dépressions (hypotenseurs, hormones ou contraceptifs oraux)[398].

Selon l'Association américaine de médecine, qui publie en 1989 une synthèse d'études épidémiologiques à partir d'échantillons représentatifs de la population générale[399], le risque accru de faire une dépression pour les personnes nées après la Seconde Guerre mondiale serait indiscutable. Non seulement toutes les classes d'âge seraient touchées, la progression étant relativement plus importante chez les hommes que chez les femmes[400], mais aussi les adolescents et les jeunes adultes, relativement immunisés jusqu'alors, y seraient désormais exposés. Des corrélations sont établies avec l'alcoolisme et l'abus de drogues, l'augmentation des taux de suicides, surtout parmi les jeunes Blancs, et d'homicides, surtout chez les jeunes Noirs. Or les personnes nées après 1945 sont celles qui non seulement ont la meilleure santé physique qui ait jamais existé dans l'histoire moderne, mais encore ont été élevées dans une période de prospérité inédite. L'urbanisation, la mobilité géographique, et les ruptures affectives qu'elle implique, la croissance de l'anomie sociale, les changements dans les structures familiales, la

fragilisation des rôles sexuels traditionnels, etc., augmenteraient la teneur en dépression dans nos sociétés. À la suite de la synthèse de 1989, des groupes de travail sont constitués afin de réduire les biais et de vérifier la comparabilité de ces enquêtes effectuées dans de nombreux pays. Leurs conclusions sont semblables. Ils confirment l'augmentation de la fréquence de la dépression depuis la Seconde Guerre mondiale et soulignent que le nombre des épisodes dépressifs est « trois fois plus élevé chez les sujets de moins de quarante ans que chez les sujets plus âgées[401] ».

De tels chiffres suggèrent-ils une augmentation de cette pathologie ? Une tendance à consulter plus souvent un médecin pour un problème psychologique ? Un changement des pratiques diagnostiques ? L'élément le plus constant de ces analyses épidémiologiques et statistiques reste l'insistance sur les changements sociaux.

Le langage d'une nouvelle conscience de soi

Dans la foulée d'une amélioration considérable des conditions matérielles se produit *simultanément* un désenclavement social des pauvres et une conscience de soi nouvelle, dont les magazines et les ouvrages de psychologie populaire formulent le langage. Conscience nouvelle parce que s'amorce à l'époque un recul de la conception hiérarchique de la vie, particulièrement dans la famille où les rôles institutionnels (être mère, épouse, etc.) font lentement place au souci de l'épanouissement de chacun, et particulièrement des enfants. Les règles d'obéissance à des canons moraux ou religieux reculent progressivement au profit de modèles fournissant un outillage interprétatif pour résoudre ou surmonter les problèmes

intimes. Les médias déculpabilisent leurs lecteurs (vous avez le droit de vous sentir psychologiquement mal) et facilitent l'émergence d'une demande en fournissant les mots pour la formuler. Ils ouvrent un espace public pour mettre en forme la réalité psychique et façonnent le style d'une psychologie pour les masses. Car l'intériorité n'est pas dans la tête des gens qui inventeraient par eux-mêmes son langage, elle est dans le monde et en nous simultanément : elle suppose des acteurs qui formulent des significations communes que chacun peut comprendre et s'approprier personnellement pour dire ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même. Sans institutions de l'intériorité, il n'y a pas, socialement parlant, d'intériorité. Elle est produite dans une construction collective qui lui fournit un cadre social pour exister. La perception de l'intime change. Il n'est plus seulement le lieu du secret, du quant-à-soi ou de la liberté de conscience, il devient ce qui permet de *se déprendre d'un destin* au profit de la liberté de choisir sa vie. À la conformité à une norme unique se substituent progressivement une pluralisation des valeurs et une hétérogénéisation des modes de vie.

Si la tristesse et la douleur morale dominent le tableau dépressif dans la littérature psychiatrique ou dans celle destinée à la médecine générale, les autres symptômes étant leurs conséquences[402], c'est par l'angoisse, l'insomnie et le surmenage que le thème de la dépression apparaît dans les magazines grand public. La fatigue, dans sa double relation à la vie moderne et aux difficultés psychologiques de la personne, est un fil rouge de l'information de l'opinion, c'est par elle que se diffuse le langage de la dépression dans la société française.

Il existait une vieille tradition du conseil de vie dans les almanachs populaires et dans la presse féminine. Son mode

d'énonciation possédait une triple caractéristique. D'abord, le langage était d'autorité : un directeur de conscience sait ce qu'il doit enseigner à un lecteur ignorant. Ensuite, son style était prescriptif : voilà quel est votre problème et voilà ce que vous devez faire. Enfin, il proposait une vision de la vie en termes de destin collectif auquel il fallait s'adapter vaille que vaille : on apprend au lecteur comment il doit jouer son rôle institutionnel (être bonne mère, bonne épouse, etc.) et non comment il pourrait le bousculer si l'envie l'en prenait. Cette discipline de la vie privée n'a nul besoin que la personne se questionne sur elle-même : l'important est de préserver la stabilité de la vie familiale, car c'est en faisant son devoir qu'on obtient le bonheur. L'époque est encore à la discipline à domicile.

Marcelle Auclair, la courriériste de *Marie-Claire*, fut exemplaire de cette rhétorique. Ainsi, dans un article de février 1963 sur « L'abus des tranquillisants », elle écrit : « De nos jours, "s'écouter" n'est plus un défaut, ce n'est même plus un travers. On s'écoute avec délice et [...] le moindre de nos dégoûts comme de nos élans sont sacro-saints. [...] L'idée de "prendre sur moi" au lieu de "m'écouter" ne me vient pas plus que si j'étais un canari ou un sapajou, au lieu d'une personne pensante. » Cette attitude d'esprit conduit à consommer des tranquillisants, ce qui est, « et je pèse mes termes, une lâcheté devant soi-même et devant la vie[403] ». On est là dans une problématique morale de la faute et de la culpabilité : il s'agit moins de comprendre ce qui se passe en soi pour se sortir de ses difficultés que de prendre sur soi et de regarder ailleurs. En octobre 1963, dans un article consacré aux cures marines pour remédier à « la vie moderne qui nous écrase », elle reconnaît que, parfois « on a beau "prendre sur soi", on a besoin d'une aide extérieure ». Mais celle-ci consiste avant tout à débrayer pour quelque temps, à fuir le surmenage pour se retrouver. « Il ne faut

pas se jeter dans les bras des psychiatres : avant d'avoir recours à ce suprême moyen, il faut [...] employer toutes les ressources que nous offre la nature[404]. » Cette conception traditionnelle des remèdes de l'âme n'offre guère de place pour une attention à la vie intérieure.

En 1970, dans le même magazine, Menie Grégoire use d'un tout autre langage. Elle explique à son lectorat que l'équilibre d'une femme résulte des « bonnes relations qu'elle entretient avec elle-même et avec ce qui l'entoure ». La psychanalyse, mais également le psychodrame ou la dynamique de groupe permettent à la personne de revivre les premières situations ayant structuré les relations qu'elle a avec elle-même et autrui : « On découvre alors, comme vues de l'extérieur, ses propres réactions emmêlées avec celles des autres. On y sort peu à peu de soi-même et de ses prisons secrètes. On établit en tâtonnant d'autres relations, et on voit sa vie changer[405]. » La rhétorique du destin, déjà très marginale dans *Elle* au début des années 1960, décline nettement au cours de la décennie : un style de la vie intérieure, dans lequel tout est relation entre soi et soi et entre soi et autrui, et où l'on invite le lecteur à se questionner sur ses conflits psychiques, s'impose progressivement. En ouvrant un espace public donnant forme et sens aux difficultés de la vie privée, les médias contribuent à la socialisation de la psyché.

Une grammaire de la vie intérieure pour les masses

Le Dr O.P. tient la chronique « Docteur, répondez-moi » dans *Elle*[406] : « Les médecins n'ont insisté que récemment sur l'action prépondérante du "psychique" et ils ont admis [...] qu'il fallait s'occuper de la vie du malade, de son passé, de sa personnalité, de

ses occupations, de ses inquiétudes, de ses difficultés[407]. » Car la vie psychique est partout : elle cause d'innombrables problèmes organiques (gynécologiques, dermatologiques, etc.). La dépression, « rançon d'une vie trépidante », apparaît un peu plus tard, en 1957, mais elle « n'a rien de commun avec les maladies mentales » et l'on en « guérit ». Elle est susceptible de frapper « les êtres les mieux portants et les mieux équilibrés ». Elle ne relève pas non plus d'une faiblesse de caractère (« La dépression n'est pas une maladie d'oisifs[408] »). Mais faut-il encore que les déprimés s'avouent malades pour qu'ils puissent être soignés[409].

En 1960, une journaliste, Marianne Kohler, prend la relève, et le nombre d'articles croît nettement. Six numéros[410] sont consacrés à une grande enquête sur l'angoisse, enquête « qui répond à toutes les questions que vous vous posez sur cette étrange maladie, ce "cancer de l'âme" ». L'auteur raconte sa traversée du tunnel, ses ruminations, ses insomnies, ses consultations médicales, ses consommations de remontants et de tranquillisants. Un médecin psychanalyste lui diagnostique une hystérie (« Cela me contraria quelque peu ») et lui fait comprendre l'essentiel : « le remède est en vous-même ». « Pour triompher de cette souffrance solitaire, chacune de celles qui l'éprouvent peut s'armer de l'expérience de toutes les autres. » Aux articles sur la maîtrise de soi, les exercices physiques pour lutter contre la dépression, les moyens de récupérer après une émotion violente succèdent inlassablement des conseils pratiques pour les insomniaques, les déprimées, les « supernerveuses »[411].

Le premier article « de fond » sur la dépression est publié par *Elle* en 1965[412] : « La dépression nerveuse attaque toutes les classes de la société, les laborieuses, les oisives, les pauvres, les riches. » La fatigue en est *le* signe annonciateur : elle rend irritable ou conduit à

se replier sur soi, et l'on est incapable de la reconnaître par soi-même. Elle peut surgir du jour au lendemain ou s'insérer « à pas de loup » : le déprimé doit surtout écouter son médecin (« quelqu'un qui parle son langage et qui, par des pressions très légères, parvient à le faire dévier de ses obsessions »). « L'idéal serait de faire deux fois par an une visite à son psychiatre comme on a l'habitude de le faire à son dentiste. » Le langage est doublement rassurant : souffrance psychique n'est pas maladie mentale ; fatigue n'est ni paresse ni faiblesse de caractère, mais maladie. À partir de 1966, les articles se multiplient[413], mais surtout, en février et en mars de cette même année, le magazine consacre cinq semaines à présenter en « bonnes feuilles » le livre à paraître de Pierre Daninos, *Le 36e Dessous*. Son immense succès n'est pas sans relation avec le statut d'humoriste de son auteur (« La dépression nerveuse racontée par notre écrivain humoriste no 1 »). Après moult tribulations, un antidépresseur réussit à le guérir au point qu'il se sent comme le maître du monde. « Un flot continu de lettres de déprimés » arrive à *L'Express* pour demander conseil à Daninos. Des médecins également écrivent au magazine, des « psychiatres recommandent le livre à leurs malades et vont jusqu'à préconiser son remboursement par la Sécurité sociale[414] ». Un autre grand succès commercial est obtenu quelques années plus tard, en 1972, par Jacqueline Michel, *La Déprime* : après un itinéraire de sept ans de médecin en médecin, elle retrouve la joie de vivre avec un antidépresseur : « C'est le bonheur, majuscule, vivant, permanent. Votre œuvre ! [il s'agit d'un dialogue avec son psychiatre] Inutile de vous dire que je fais du prosélytisme pour la pilule bleue[415]. » *Elle* évoque pour la première fois les antidépresseurs en 1965, mais le portrait qui en est fait ne pousse personne à en demander[416].

Un ouvrage collectif sur les rapports entre stress, fatigue et dépression est publié en 1974 : il dresse un panorama des multiples passages entre ces trois maux de l'homme moderne[417]. Les auteurs remarquent qu'on trouve de l'asthénie dans les névroses actuelles ou dans les psychonévroses de défense. Dans cette seconde catégorie, « la névrose ne se réduit pas à un état de faiblesse psychologique, elle est une manifestation de la force des pulsions et de leurs conflits[418] ». *Le Choc du futur* d'Alvin Toffler, publié aux États-Unis en 1970 et en France un an après, est un succès mondial. Il dessine une société où le flexible, le temporaire, l'hyper-choix[419] risquent de conduire à une généralisation de la fatigue dont la dépression sera le résultat majeur. La référence aux thèmes de la performance individuelle et du changement incessant est une constante : plusieurs auteurs l'évoquent tant aux Assises départementales sur la dépression en 1972 qu'au colloque international organisé par Paul Kielholz sur la dépression masquée en 1973[420]. En janvier 1981, *L'Express* consacre sa couverture au stress. Dans le dossier, un médecin, qui vient de publier un livre avec l'inventeur de la notion, Hans Selye, déclare : « Le rythme de plus en plus rapide des changements oblige à accélérer sans cesse ce processus d'adaptation. Pour survivre, l'homme du XX^e^ siècle est condamné à s'adapter à une société en changement permanent, où tout change sous ses yeux. […] Sur dix malades qui viennent consulter, sept présentent des troubles qui sont la conséquence directe de ce fléau. […] Le stress est d'origine psychologique[421]. » La dépression est, bien entendu, une de ses manifestations principales : elle résulterait de la diminution du système de défense immunitaire.

La fatigue est la « réponse que nous donnons aux choses », écrit-on dans un numéro d'*Elle* de 1965. Le thème est récurrent : « La fatigue est un refus de voir en soi-même », déclare quatre ans plus

tard dans *L'Express* un médecin responsable d'une consultation « fatigue » à Sainte-Anne[422]. « Le problème de la fatigue est aussi un problème personnel », renchérit *Marie-Claire* en 1976. C'est pourquoi le magazine recommande de prendre en mains son existence[423]. *L'Express* publie en 1969 une série d'enquêtes sur la vie moderne. Pierre Deniker commente laconiquement : « Les normes se sont élevées[424]. » En gros, les magazines sont très prudents sur les médicaments et recommandent surtout à leurs lecteurs de s'intéresser à leur vie personnelle et de réfléchir sur leurs conflits psychiques[425] : ils tendent à les déculpabiliser vis-à-vis de leurs problèmes intimes en soulignant le caractère naturel de ces difficultés dans une société trépidante. Si ce n'est ni folie ni faiblesse, quoi de plus légitime que de s'intéresser à ce qui se passe à l'intérieur de soi-même, d'autant que nombre de maux quotidiens (fatigues autant que douleurs lombaires) s'expliquent par des processus mentaux. Savoir détecter chez soi (et ses proches) les signes prémonitoires d'une dépression et s'intéresser à ses conflits psychiques, voilà deux axes de la pédagogie des médias. Le corps douloureux apparaît de plus en plus comme un prolongement de malaises intérieurs prenant leur source dans la psyché.

Traductions d'ouvrages américains imprégnés de psychothérapies, transformations de la rhétorique du courrier du cœur, montée en charge de ces questions à la radio, etc., tout cela crée un espace public pour le langage de l'intériorité[426]. L'émission de Menie Grégoire sur RTL en fut la première manifestation spectaculaire en 1967 (suivie de près par Dr X sur Europe 1 avec Françoise Dolto). Les médias font entrer ces questions dans l'atmosphère quotidienne de chacun : l'extraordinaire écho de *Chère Menie*, les polémiques qu'elle a entraînées, puis la multiplication de ses concurrents et l'adoption d'un style similaire dans les médias

écrits et radiophoniques font fonctionner au jour le jour un nouveau type de langage de l'intimité : vous n'êtes pas tout(e) seul(e) avec votre problème privé (qu'il s'agisse d'insomnie ou de relation avec le conjoint), car il est communément partagé.

Dans le conseil de vie traditionnel, la question du lecteur imaginé est : que faire ? La réponse ressasse indéfiniment un même thème : c'est en étant conforme à ses devoirs que l'on obtient le bonheur. La nouvelle rhétorique invite à d'autres questionnements ; on ne peut répondre à la question : que faire ? sans se poser en même temps la question : qui suis-je ? La réponse a évidemment changé de ton : c'est en étant conforme à ses désirs que l'on obtient le bonheur. L'estime de soi est la cible manifeste de ce conseil. Une grammaire de la vie intérieure devient disponible pour les masses : elle fournit à la ménagère la plus ignorante de l'inconscient l'outillage réflexif lui permettant de s'intéresser à sa vie intime. Elle le lui permet, parce que des gens comme elle s'expriment en public, face à l'opinion. Les médias réduisent la honte ou la culpabilité que chacun pourrait ressentir à parler de ses problèmes personnels (la dépression peut arriver aux mieux-portants) : ils leur donnent une légitimité sociale. Il y a là une fonction de réassurance[427]. Nous assistons à la généralisation d'un type de sujet pour lequel le droit à la vie privée qu'il a choisie devient un acquis : la relation que l'on a avec soi (ne refusez pas d'affronter vos conflits, le remède est en vous, etc.) ou avec autrui en est le nœud. L'équilibre intérieur commence à devenir un immense marché hétéroclite : l'estime de soi donne naissance à une véritable industrie de services relationnels avec son langage (l'aide à vivre), ses technologies (médicamenteuses, psychologiques), ses professions (sexologues, psychothérapeutes de groupe, etc.) et sa littérature.

Nombre de vicissitudes de la vie humaine entrent ainsi dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie clinique : le trouble mental se décentre de la folie, il s'étend vers des problèmes quotidiens fort variés. La médecine comme les médias encouragent les gens à se faire soigner (« Il fallait s'occuper sérieusement d'une maladie qui faisait tant de ravages[428] »). L'extension du pathologique participe de l'entrée de l'intime dans l'espace public et de l'amorce de son processus d'institutionnalisation : l'intime n'est plus une affaire privée.

Choisir sa vie

Les années 1970 constituent une période charnière au cours de laquelle l'idée que chacun est le propriétaire de sa propre vie commence à s'imposer sociologiquement. L'homme de masse est en train de devenir son propre souverain. Son horizon est l'autogestion de sa vie. La notion d'interdit amorce un déclin. Les transformations normatives ébauchées dans les années 1960 commencent en effet à s'imposer dans les mœurs[429] : on assiste au recul d'une représentation opposant l'individu à la société, individu qu'il faut encadrer par des normes disciplinaires afin de le socialiser et de protéger la société de ses excès. Mai 68 tient en France la place d'un repère symbolique. Il a accéléré les dynamiques morales qui travaillent la société française en les faisant entrer dans le débat politique. Elles deviennent l'objet de conflits dans l'espace public à travers des mouvements sociaux dont les revendications portent sur les mœurs : égalité des droits entre femmes et hommes, droit à l'avortement, divorce par consentement mutuel, concubinage, contraception. La loi Neuwirth sur la « pilule » est votée en 1967. On revendique, dans la rue s'il le faut, une liberté privée qui fait

l'objet d'affrontements entre la droite et la gauche, et est débattue au Parlement (avant de s'exposer quelques années plus tard au cours de shows télévisuels). Entre dans la controverse et l'argumentation politiques une façon de voir les droits de la vie privée dans les termes du choix individuel. À gauche, la notion de loi apparaît comme une forme de domination dont il importe de s'émanciper[430].

L'homme souverain, semblable à lui-même, dont Nietzsche annonçait la venue, est en passe de devenir une réalité de masse : il n'y a rien au-dessus de lui qui puisse lui indiquer qui il doit être, car il se prétend le seul propriétaire de lui-même. Pluralisme moral et non conformité à une norme unique, liberté de se construire ses propres règles au lieu de se les voir imposer : le développement de soi devient collectivement une affaire personnelle que la société doit favoriser. Un type de sujet, moins discipliné et conforme que « psychique », c'est-à-dire enjoint de se déchiffrer lui-même, surcharge le paysage.

La « culture psychologique », un mode de défense contre la dépression ?

Un nouveau style thérapeutique, d'origine américaine, se diffuse en France et semble porter une telle promesse : il vise le bien-être intérieur par allégement des contraintes extérieures et assimile la notion d'interdit à de la répression sociale. Un psychanalyste le note en 1976 : « Peut-être les discussions qui tendent à *nier* le caractère maladif de certains états psychiques sont-elles alimentées par ce désir de ne plus parler de "pathologie" et de déficiences individuelles, mais d'en faire endosser la responsabilité à la société[431]. » La popularisation de thérapeutiques qui rendent

indépendant de ces contraintes en est l'expression : comment guérir de la contrainte sociale pour ne devenir que soi-même ? Voilà un thème qui envahit les esprits.

Le sociologue américain Philip Rieff, dans un livre qui fit grand bruit, a désigné ce phénomène en 1966 comme le triomphe de la thérapie. Il annonçait l'avènement d'un « homme psychologique » caractérisé par le déclin du renoncement. Les grands héritiers de Freud, Jung et Reich particulièrement, promouvaient une thérapie de la libération *(releasing)*. L'ère thérapeutique postfreudienne marquait « l'échec culturel du Surmoi[432] », cette garnison placée en chacun pour susciter un sentiment de culpabilité, comme dit Freud. Pour Rieff, l'ère postfreudienne marque « la révolte de l'homme privé contre les doctrines traditionnelles encourageant le salut du Moi à travers l'identification aux buts de la communauté[433] ». « Soucieuses d'accroître le capital psychologique[434] », les thérapies postfreudiennes révèlent un processus de déconversion massive dans nos sociétés : elles sont « désormais engagées, culturellement et économiquement, dans l'évangile de l'épanouissement de soi[435] ». La littérature sur l'individualisme des années 1980 se contentera de reprendre ce double thème de la privatisation de l'existence et de la réalisation personnelle dont il est devenu le dogme, les auteurs se différenciant surtout par une appréciation positive ou négative de ces changements.

La mission sociale du thérapeutique est d'ancrer dans les pratiques l'idée que la société est le moyen de poursuivre des fins individuelles. Les chefs de file de ces pratiques revendiquent leur visée d'émancipation : il n'y a rien à attendre ni à entendre de la conflictualité psychique. Il ne s'agit pas d'aménager des marges de manœuvre au sein de l'interdit, mais de s'en affranchir très concrètement : comment vivre pleinement ? Les nouvelles thérapies

fournissent, *via* le rapport au groupe, des substitutions normatives[436]. Vivre par soi-même, d'un côté, quête permanente de l'approbation par autrui, de l'autre.

Les évangiles de la relation

Au cours des années 1970, le monde de la psychothérapie est en plein bouleversement. D'abord, des techniques de groupes d'origine américaine, dont les plus connues sont le cri primal d'Arthur Janov, la bioénergie d'Alexander Lowen et les Mouvements du potentiel humain, se diffusent avec succès — les groupes New Age prendront le relais à partir des années 1980. Leurs objectifs ? Obtenir un bien-être intérieur facilitant les relations avec autrui. Ensuite, les renouveaux religieux, en terrain protestant et catholique, amorcent leur essor. Ils renouvellent la vieille tradition de guérison par la religion en intégrant les difficultés psychologiques des hommes modernes. Leurs objectifs ? Obtenir un épanouissement personnel en imprégnant le religieux et le rapport à Dieu par du psychothérapeutique. La religion répond désormais à des demandes terrestres, et Dieu devient l'horizon d'une réalisation de soi, avec un Jésus psychothérapeute pour faire la médiation. Dans les deux cas, ces techniques de guérison reposent sur un principe exactement opposé à la notion de sujet conflictuel : comment multiplier les capacités de bien-être de gens ayant sinon des difficultés à vivre, du moins cherchant à vivre leur vie dans sa plénitude la plus « authentique ». Elles forment la logistique de l'individu émancipé, car leur visée ne consiste pas à rendre praticables à moindre coût psychique les interdits, mais à gommer toute souffrance. L'éducation culpabilisante, alliée à la répression des affects par la société, est à la base des pathologies. La thérapie prend pour cible les affects à

travers un travail thérapeutique sur le corps : c'est en retrouvant les sensations animales qui résident en l'homme que celui-ci se découvre véritablement humain. L'essentiel se passe au-delà des mots, dans l'affect, et de la culture, dans une renaturalisation des corps. Autrement dit, c'est une conception de l'homme comme animal qui fonde ce paradigme psychothérapeutique. Il apparaît proche de la psychiatrie biologique qui amorce son essor au même moment[437].

Le Cri primal est publié en 1970 aux États-Unis, où il connaît un énorme succès, et traduit en français en 1975[438]. Pour Janov, la névrose est seulement une souffrance pathologique et nullement un ressort de la civilisation. Elle résulte de la répression sociale qui empêche la personne de s'épanouir convenablement. Elle l'embarrasse de toutes sortes d'interdits qui l'empêchent de retrouver son « Moi réel ». Les cures se déroulent en groupe, la méthode consistant à faire revivre des expériences primitives par des techniques qui permettent aux patients de régresser et de s'exprimer, c'est-à-dire d'exprimer leur haine (refoulée) pour leurs parents, leur désespoir ou leurs frustrations. Revenir à l'origine non par la parole, mais par le corps, faire ressortir les affects enfouis, voilà les moyens de gommer la souffrance, d'extérioriser les énergies comprimées par l'éducation et les interdits sociaux, et de jouir pleinement, c'est-à-dire sans entraves, de la vie. Vider le négatif, affirmer le positif et exiger ou imposer ce que désire le Moi réel, sont les trois étapes de la guérison. Un médecin psychanalyste converti par Janov explique au magazine *Elle* en 1973 que, « pour Janov, chaque frustration entre en compte, depuis le premier biberon que notre mère nous a refusé, depuis le jour où nous avons pleuré pour qu'elle nous prenne dans ses bras ». Cette thérapie diffuse un message d'amour : « Quand nous retrouvons la possibilité

d'exprimer librement cet amour, nous capables de jouir de nous-mêmes et des autres. Nous retrouvons le goût de vivre. Nous sommes guéris. Il n'y a rien à chercher au-delà[439]. » Le message chrétien est entièrement laïcisé. Il est vidé de toute théologie et remplacé par un évangile de la relation.

Alexander Lowen, le promoteur de la bioénergie, est un disciple de Wilhelm Reich. Il publie un ouvrage sur la dépression et le corps qui est traduit en français en 1975[440]. La bioénergie est également une technique de groupe jouant sur les affects et le corps afin de mieux sentir, mieux exprimer ses émotions et ses sentiments : la décharge énergétique, que la civilisation réprime, est l'objectif de la thérapie. Pour Lowen, comme pour Janov, tout passe par le corps et le sentir : c'est là et non dans la raison que réside l'authentique spiritualité humaine : « Toute véritable spiritualité, écrit-il, a un fondement physique et biologique. [...] La foi est enracinée dans les fondements biologiques les plus profonds du corps. » Cette approche fonde la spiritualité sur le socle d'une nature corporelle, elle relève d'une biologie mystique[441]. La cure a pour but de faire retrouver aux gens une foi en eux-mêmes analogue à celle que le chrétien porte à Dieu. Il y a là un processus de laïcisation : foi en soi-même, confiance envers autrui et envers la vie qui prend alors un sens, voilà ce que chacun peut trouver en lui-même. « Les "donneurs d'amour", dit encore Lowen, ne sont jamais déprimés. Aimer c'est s'exprimer, affirmer notre être et notre identité. »

La naissance du Renouveau charismatique au début des années 1970 en France participe de la même dynamique. Quelles que soient la diversité de ses groupes et leurs options — plus religieuses et s'occupant avant tout du salut des âmes, ou plus laïques et s'occupant plutôt de la guérison de ses membres —, l'aspect psychothérapeutique y occupe toujours une place

importante, et parfois majeure. Par exemple, la communauté des Béatitudes propose des « accueils psycho-spirituels » depuis 1977 dans un monastère où l'on utilise des techniques comme la psychiatrie existentielle de Binswanger ou la programmation neurolinguistique (PNL) « dans une démarche tout à la fois thérapeutique (la guérison) et religieuse (le salut)[442] ». Il y a dans ces groupes une imprégnation permanente du religieux par le thérapeutique[443]. Un des nœuds du Renouveau, comme des groupes thérapeutiques ou du New Age, est que la transformation de la personne est le vecteur de la transformation de la société.

Quelles sont les demandes des clientèles qui fréquentent ces groupes ? Selon une enquête effectuée sur les stages de bioénergie à la fin des années 1970, « l'un des éléments majeurs de la demande est relatif au présent : un présent fait d'expériences et d'émotions, d'investissements affectifs articulés sur le "relationnel" et non sur les rôles sociaux. [...] Surtout, il s'agit de se rendre autonome par rapport aux contraintes qui pèsent sur les relations personnelles pour ne vivre celles-ci que dans leur authenticité[444] ». L'auteur montre que le groupe en tant que tel attire une clientèle qui se sent seule psychologiquement et à laquelle il « offre un cadre d'expérimentation sans interdit : ils peuvent s'y tester, mettre leurs désirs à l'épreuve, vivre des relations conformes à leurs investissements affectifs[445] ». C'est par le groupe que chacun peut retrouver son individualité propre — son « Moi réel ». Le groupe apporte le support pratique d'une validation de soi par autrui. Il montre comment faire.

Cette religiosité thérapeutique est centrée sur le corps, diffuse un message d'amour, voit la guérison comme une foi. Tels en sont les principaux ingrédients. Sa conception de la pathologie donne peut-être l'impression de la nouveauté, mais elle ne fait que reprendre le

vieux modèle déficitaire du dysfonctionnement. Seulement, au lieu de réparer un raté de l'esprit, elle vise à décupler la puissance du Moi. Si la psychanalyse a pour but de rendre praticable l'interdit, et se présente comme un art de séparer, ces techniques, en se donnant pour but d'abraser tout conflit, se situent dans la tradition des arts de réparer. La conflictualité psychique leur apparaît comme un non-sens, un fruit pourri de la civilisation. Le thérapeute doit compenser les frustrations que la vie a fait subir à ses patients, les libérer des cadres artificiels qui les empêchent d'être eux-mêmes. On voit donc que la centration technique sur l'affect et la référence au déficit ne recouvrent pas une opposition entre psychothérapie et chimiothérapie. Les modèles conflictuels et déficitaires peuvent être employés dans toutes les thérapies, et il y a autant d'illusions et de fantasmes dans chaque genre. En effet, l'opposition pertinente, répétons-le, n'est pas entre psychothérapie et chimiothérapie, mais entre déficit et conflit.

Une nouvelle règle impersonnelle : la personnalisation

Le succès de ce style thérapeutique a pour ressort le changement du contexte normatif : l'exigence de conformité ou de soumission à une norme préexistante et unique s'assouplit. S'amorce une tolérance nouvelle pour « le droit à la différence » — une expression qui fera florès. Désormais, tout le monde pourra être normal quelle que soit sa différence : l'important est de pouvoir l'exprimer (les scènes se multiplieront), mais aussi de l'assumer (les moyens pratiques de le faire seront de plus en plus nombreux). Cette pluralisation, qui permet à chacun de choisir sa vie sans risque de stigmatisation, résulte du fait que s'institue sociologiquement, et

dans la plus grande joie à l'époque, l'individu pur, c'est-à-dire un type de personne qui est son propre souverain. Or cet individu-là est nécessairement incertain puisqu'il n'a plus de dehors pour lui indiquer sa conduite, puisque c'est à lui d'élaborer ses propres règles. Celles-ci ne sont pas pour autant un « bricolage » personnel, car c'est leur nature sociale qui change. Les normes d'aujourd'hui enjoignent certes de devenir soi-même, comme celles d'hier commandaient d'être discipliné ou d'accepter sa condition, mais rien ne permet d'affirmer qu'il y a moins d'expérience subjective dans la contrainte disciplinaire que dans celle de l'épanouissement personnel. Le « personnel » est un artifice normatif ; il est, comme toute norme, parfaitement impersonnel.

Les nouvelles thérapies révèlent une recomposition d'ensemble des notions de normal et de pathologique[446]. Elles sont la traduction clinique d'une normativité ayant relâché ses liens avec la culpabilité et la discipline. Du côté social, la possibilité de se construire ses propres règles, du côté clinique, des dispositifs consistant moins à faire retrouver à une personne un état d'équilibre qu'à la désinhiber et lui permettre de démultiplier ses propres possibilités.

Selon Philip Rieff, la leçon de la nouvelle ère thérapeutique est la volonté collective de « ne pas payer les coûts personnels élevés de notre organisation sociale[447] ». Ne pas payer ? L'intimité glorieuse s'accompagne plutôt de changements dans nos manières d'exprimer les inquiétudes intérieures. Des pathologies mentales où le conflit intrapsychique est inexistant et où, à l'inverse, le sentiment de perte de sa propre valeur domine font l'objet d'une préoccupation qui n'existait pas en France dans les années 1960. Baisse de l'estime de soi, sentiment d'infériorité, il y a là quelque chose qui ressemble fort à du déficit. Si le conflit est lié à la culpabilité, le déficit serait plutôt

soudé au narcissisme. C'est la grande leçon que la dépression va infliger à l'homme qui croit s'instituer son propre législateur.

Le grand débat : névrose ou dépression ?

Janov et Lowen présentent de nombreux cas pathologiques dans leurs ouvrages, particulièrement des déprimés. Derrière l'apparence d'un traitement thérapeutique au-delà du pathologique s'amorce plutôt une *assimilation* entre le bien-être et la guérison qui résulte de la *séparation* entre le modèle conflictuel et le modèle déficitaire. S'il y a bien un point de consensus absolu chez les psychanalystes, c'est qu'une cure « commence après l'abandon d'une image de soi en état de bien-être[448] ». Le modèle déficitaire, isolé de son vieux rival et allié, vise exclusivement le bien-être. Il ne permet plus de reconnaître les limites qu'impose la réalité à toute vie, reconnaissance sans laquelle il n'y a pas de guérison possible. La nouvelle culture psychologique apparaît comme un mode de défense contre la dépression dont elle reconduit simultanément les termes. « La grégarité thérapeutique, pense Jean Bergeret, constitue un [...] exemple de formation réactionnelle antidépressive[449]. » Elle soutient, disent les psychanalystes, le narcissisme de l'individu, mais à la manière d'une drogue : elles remplissent un Moi insatiable, précisément sans limites. Les techniques d'amélioration de soi désinhibent l'individu, mais ne lui permettent pas de se structurer. Une nouvelle manière d'envisager la dépression se diffuse dans les milieux analytiques. Elle définit un style du désespoir que les générations précédentes ne connaissaient pas.

La psychanalyse confrontée à l'humeur

À partir des années 1970, la littérature psychanalytique française porte une attention particulière à une clientèle qu'elle pense être en nette croissance. Une nouvelle espèce de patients s'allonge apparemment sur les divans des psychanalystes. Ces patients leur donnent du fil à retordre car, à la différence des névrosés, ils n'arrivent pas à reconnaître leurs conflits, à se les représenter. Il leur manque le matériau de base sans lequel il est difficile de mener à bien une cure : la culpabilité. Parfois angoissés, ces patients se sentent surtout chroniquement vides ; ils ont les plus grandes difficultés à faire quelque chose de leurs affects douloureux, car ils ne les mentalisent pas. Leurs représentations sont pauvres, ils sont incapables de symboliser leurs douleurs : ils sont prisonniers de leur humeur. Cette nouvelle espèce a un nom : les borderlines ou les états-limites[450]. La dépression domine le tableau clinique.

Le fondement d'une cure analytique, rappelons-le, est de permettre à des conflits psychiques inconscients d'émerger, car ce sont eux qui sont à la base de toute la symptomatologie. Les symptômes dépressifs, comme tout symptôme, doivent d'abord trouver leur signification : ils ne sont pas la cible de la cure. Un accès dépressif peut par ailleurs être une étape indispensable dans le processus de guérison. Le patient se défait d'identifications imaginaires qui lui apportaient des bénéfices secondaires[451] : perdant des objets auxquels il tient, le patient déprime. Plus généralement, la « position dépressive » est une étape indispensable dans le développement de l'enfant parce qu'elle est source de maturation personnelle. La dépression fait partie des processus structurant la personne. Au niveau pathologique, elle apparaît comme « un état on ne peut plus élusif pour la psychanalyse, et les critiques contre la théorie de la dépression ne sont certes pas une

nouveauté[452] ». Bref, l'humeur intéresse peu le psychanalyste. L'avant-propos d'un numéro de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consacré à ce thème en 1985 le rappelle : « L'humeur, nous a-t-on fait savoir, n'est pas un concept psychanalytique » parce que le psychanalyste « y voit le retentissement dans le corporel de représentations non parvenues à la conscience ou l'indice confus, déformé, d'affects réprimés, coincés[453] ». En effet, la guérison analytique passe par un « devenir conscient ».

Or, soudainement, l'humeur se met à intéresser les psychanalystes français. Au cours des années 1970, la dépression névrotique fait l'objet de débats intenses dans le milieu. Nombre de cliniciens notent la montée nouvelle du thème dépressif. Jean Bergeret est le premier Français à consacrer un article aux états-limites en 1970 dans l'*Encyplopédie médicochirurgicale*[454]. Deux ans plus tard, dans un article destiné aux médecins généralistes, il estime que des études menées systématiquement dans des services de consultations notent que 20 % patients ont une structure névrotique, 30 % une structure psychotique (dont la plus grande partie ne décompensera jamais) et 50 % une structure intermédiaire dont le symptôme principal est « essentiellement dépressif[455] ».

Quel que soit le statut nosologique qui lui est accordé, tous les analystes notent l'importance quantitative des travaux s'intéressant à la « dépressivité »[456] ou au « retour du thème de la dépression dans l'actualité psychanalytique[457] ». Le XXXVI^{e} congrès des psychanalystes de langue romane est consacré à la dépression en juin 1976. Il donne lieu à la publication de deux numéros spéciaux de la *Revue française de psychanalyse* qui présentent deux très gros rapports d'André Haynal et de Jean Bergeret, ainsi que les nombreuses discussions qui les ont suivis. Roland Kühn évoque avec lassitude « le sujet, inépuisable du reste, de Névrose et

Dépression[458] ». Névrose et dépression, il semble bien y avoir là un très délicat problème diagnostique concernant le statut de l'humeur dans une cure analytique. La psychanalyse met en effet en avant un certain type de dépression humorale.

La dépression entre pathologie de l'identification et pathologie de l'identité

Avant de comprendre les raisons de cette attention nouvelle aux troubles affectifs et leurs enjeux diagnostiques, il faut rappeler comment la tradition psychanalytique situe traditionnellement la dépression et, plus précisément, ses rapports avec l'anxiété et l'angoisse[459]. Quand un patient présente un affect dépressif, le psychanalyste doit avant tout s'intéresser à sa psychogenèse, et cela afin de comprendre pourquoi des personnes réagissent ainsi. On retrouve le problème général soulevé en psychiatrie au chapitre précédent : quel type de personnalité fait tel ou tel type de dépression ? Dans le langage analytique, cela se traduit par un diagnostic sur l'organisation du Moi de ces malades, et cela quels que soient le motif de la dépression ou sa situation nosographique (psychose mélancolique, névrose à manifestation dépressive).

Les psychanalystes distinguent, on l'a noté au chapitre précédent, deux grandes catégories d'affects que Freud appelle « de déplaisir » : l'anxiété ou l'angoisse (souvent employées l'une pour l'autre en psychiatrie et en psychanalyse) et la dépression, qu'il dénomme « douleur ». Ces deux affects ne signalent pas la même chose. L'angoisse ou l'anxiété sont toujours suscitées par un danger ou par le franchissement d'un interdit, l'affect dépressif est engendré par une perte. Freud a élaboré sa clinique de la mélancolie à partir

du deuil : « Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le Moi lui-même. Le malade nous dépeint son Moi comme sans valeur, incapable de quoi que ce soit et moralement condamnable. » Il est atteint, ajoute-t-il, d'un « délire de petitesse[460] ». La perte de l'objet aimé déclenche une « particulière dolorosité » dont « nous savons très peu de choses[461] », précise-t-il. Elle est désignée par le mot allemand *Hilflosigkeit* qui est traduit selon les cas par état de détresse ou d'impuissance[462]. Il s'agit, explique Freud, d'une douleur interne que l'on peut assimiler à la douleur corporelle : « Dans la douleur corporelle apparaît un investissement élevé, qu'on doit nommer narcissique, de l'endroit du corps douloureux, investissement qui augmente sans cesse et agit pour ainsi dire sur le Moi en le vidant[463]. » Le mélancolique a perdu le respect de soi. Son Moi est clivé, c'est-à-dire qu'une partie de ce Moi dévalorise systématiquement l'autre partie.

Hors de la mélancolie, deux situations peuvent se présenter. Dans la première, la tristesse et la douleur morale sont des symptômes névrotiques au même titre qu'une obsession ou une paralysie hystérique. Mais il existe un second type d'affect dépressif plus difficile à classer pour la psychanalyse : ce n'est pas un symptôme, mais un système pathologique caractérisé par la perte d'objet et qui possède des rapports beaucoup plus lâches avec la notion d'interdit. Dans ce cas, les conflits sont préœdipiens. Cela signifie que ces patients sont restés à un stade précédant l'identification aux images parentales, images qui sont les premiers objets se présentant à l'enfant. Le malade est resté à un stade encore fusionnel avec la mère. Si la névrose est une *pathologie de l'identification*, l'état-limite, parce que le sujet n'a pu développer des relations objectales, est une *pathologie de l'identité*. Précisément, il a les plus grandes difficultés à s'identifier. Il est, pourrait-on dire,

l'impuissant souverain de lui-même — de là, sans doute, son « délire de petitesse ».

La dépression n'y est donc pas un symptôme névrotique, car la structure de la personnalité est autre. Les psychanalystes l'appellent « la personnalité dépressive. « La personnalité dépressive », écrit André Haynal, me paraît incapable de se dégager de la problématique de la perte, tandis que les différentes névroses vont utiliser d'autres moyens de défense pour maîtriser les mauvais états intérieurs qui en découlent. [...] Chez les névrosés, la dépression reste le signal d'une perte [...] ; tandis que les structures dépressives vivent chroniquement sous le signe du problème non résolu de perte constante, du sentiment fondamental d'être des perdants, des déçus[464]. » L'état-limite n'est donc pas un vague fourre-tout, c'est une structure au même titre que la névrose, la psychose ou la perversion. La grande différence entre une névrose à manifestation dépressive et ce système pathologique est que, dans le premier cas, la personne arrive à structurer des mécanismes de défense stables, alors que, dans le second, elle vit en permanence une insécurité identitaire qui se manifeste par une dépression à tendance chronique.

La psychanalyse bute donc ici sur une dépression qui n'est pas mélancolique et ne s'élabore pas non plus dans le seul registre où sa compétence s'exerce efficacement : le registre névrotique, résultat d'un conflit indépassable qui rend le sujet malade. Ce type de patient est repéré dans les années 1930 par la psychanalyse anglo-saxonne et devient un objet central de réflexion en Amérique du Nord dans les années 1950-1960. En psychiatrie, ils apparaissent à la fin du XIX^{e} siècle, au moment où s'établit la frontière psychose-névrose : ces malades ont des troubles du caractère dus à leur constitution, mais ne subissent pas le destin implacable qui conduit

à la démence. La psychiatrie française du XX^e siècle connaît bien ces malades. Henri Claude parle de schizomanie, Eugène Minkovski de caractère schizophrénique dépourvu de la dissolution identitaire habituelle à la schizophrénie, Henri Ey de schizo-névrose. Les malades vivent dans un déséquilibre psychique permanent [465].

Ces pathologies sont appelées « narcissiques [466] ». Le narcissisme n'est pas cet amour de soi qui est un des ressort de la joie de vivre, mais le fait d'être prisonnier d'une image tellement idéale de soi qu'elle rend impuissant, paralyse la personne qui a en permanence besoin d'être rassurée par autrui et peut en devenir dépendante — on voit comment les techniques de groupe peuvent compenser cette fragilité. Les psychanalystes ont un outil pour définir leur pathologie, c'est l'idéal du Moi. La définition de cette notion a varié dans la pensée de Freud, mais on peut schématiquement dire qu'elle est liée au narcissisme comme le Surmoi est lié à l'interdiction : le sentiment d'infériorité est au premier ce que le sentiment de culpabilité est au second [467]. En effet, si le Surmoi invite à ne pas faire, l'idéal du Moi, à l'inverse, convie à faire [468].

Dans les pathologies narcissiques se produit un surinvestissement démesuré sur le Moi qui rend toute frustration très difficile à supporter. Le patient n'obtient jamais de satisfaction à ses pulsions, il se sent vide et réagit par de l'agressivité, des impulsions ou des passages à l'acte. Si le névrosé est caractérisé par le conflit psychique, l'état-limite n'arrive pas à conflictualiser : il est vide. Ce type de patient pose des problèmes particuliers dans une cure, car il a des difficultés non seulement à élaborer ses conflits psychiques, mais également à opérer un transfert sur la personne de l'analyste, transfert sans lequel une cure ne peut être menée à bien. Ils ne subissent pas l'« influence » analytique puisque les processus

identificatoires ne se sont pas formés dans la petite enfance. Le pronostic de ces dépressions est d'ailleurs mauvais[469].

Nombre d'analystes l'affirment : « Nous sommes de plus en plus fréquemment confrontés au problème des personnalités dépressives. [...] Il est *banal* de dire que les tableaux cliniques auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés ne sont plus tout à fait les mêmes que ceux du temps de Freud[470]. » Les névroses classiques se raréfient-elles au profit de nouvelles pathologies ? Les psychanalystes ne sont pas d'accord sur cette distinction entre structure dépressive et structure névrotique. Pour Lucien Israël, les déprimés sont avant tout des hystériques : « Les plaintes qui apparaissent au cours de ces états ne sont le plus souvent autres que les plaintes hystériques : douleurs diverses, vertiges, sensations de faiblesse et de fatigue[471]. » On sait que l'hystérique puise ses symptômes dans ce que lui offre la société, il est donc fort possible que ceux-ci varient en fonction des normes sociales : les extases dans une culture encore religieuse, la dépression dans une culture qui aiguise la conscience de soi. Or la dépression devient une maladie à la mode au moment même où ces normes commencent à s'imposer. « On a remarqué, de nos jours, une diminution des grands syndromes hystériques, remarque un autre analyste, et, parallèlement, une augmentation des syndromes dépressifs. Doit-on l'attribuer à des changements socioculturels, notamment au fait qu'on accorde moins de valorisation et de gratifications que naguère aux hystériques[472] ? » Selon Joyce MacDougall, les symptômes ou les dires changent, mais les arrière-plans pathologiques sont les mêmes : « Quant à la sexualité, tout ce que je peux constater en tant qu'analyste, c'est que les normes sexuelles changent — mais que l'angoisse de castration demeure. Elle a seulement trouvé de nouveaux déguisements[473]. »

Une autre hypothèse, plus sociologique, peut être soutenue, celle d'une transformation de la clientèle à mesure que la psychanalyse se diffuse dans la société française. C'est la position que Daniel Widlöcher tient dans un article consacré aux classifications et à leurs significations pour les analystes : il indique qu'une réflexion nosologique contemporaine « a consisté à défricher un *no man's land* de la nosologie classique, celui de la pathologie du caractère et des difficultés de la vie. L'extension des cures psychanalytiques, au-delà du cadre des névroses, s'est faite principalement à des patients venus consulter pour des difficultés de vie et dont les symptômes n'évoquaient pas ceux d'une affection mentale précise[474] ». D'autres psychanalystes notent une extension des troubles pris en charge par la psychanalyse et, en particulier, des troubles dépressifs[475]. La psychanalyse serait de plus en plus confrontée à des cas qui traditionnellement n'en relevaient pas, « où le vide, l'absence, le défaut de symbolisation ou l'incapacité de temporalisation interne seraient particulièrement aigus[476] ». La croissance de la dépression apparaît proportionnelle au déclin de la capacité à représenter les conflits psychiques. Des psychiatres notent d'ailleurs qu'au cours des années 1970 la psychiatrie ne se contente plus de traiter les maladies mentales, mais s'étend vers « l'aide à vivre » et « les pathologies du bonheur[477] ».

La puissance du névrosé et la fragilité du déprimé

Le point intéressant de ces débats nosologiques pour le problème qui nous occupe est que la névrose est la conséquence d'un conflit où l'on est coupable (y compris lorsque les symptômes dépressifs dominent), alors que la dépression est ressentie comme un défaut

dont on a honte. Le narcissisme brouille les cartes de l'interdit : la personnalité névrotique est dans une maladie de la loi, la personnalité dépressive est dans une maladie de l'insuffisance. Il semble lui manquer un Surmoi bien élaboré, et elle souffre fort peu de conflits. « Alors que les sujets puissants sont facilement atteints de névrose, écrit Freud, les impuissants sont accessibles à la mélancolie[478]. » Le déprimé est plongé dans une logique où l'infériorité domine, alors que le névrosé est pris dans une dynamique de transgression — ils veulent, comme dit Freud, on se le rappelle, être plus nobles que ce que ne le permet leur constitution. L'effacement de la force régulatrice de l'interdit et de la camisole de la conformité ouvre-t-il une autoroute pour la dépression ? La personnalité dépressive reste fixée dans un état d'adolescence permanente, elle n'arrive pas à devenir adulte en acceptant les frustrations qui sont le lot de toute vie[479]. En résultent fragilité, sentiment permanent de précarité ou d'instabilité. Il manque à cette posture la culpabilité qui l'inscrirait dans ce que le « Freud français », Lacan, appelle le « symbolique », ce rapport à la loi qui suscite sans doute de l'angoisse, mais sans lequel il n'y a pas de structuration solide de l'identité, c'est-à-dire de sentiment stable et permanent de soi. De là une difficulté particulière à supporter la souffrance et une recherche permanente de l'état de bien-être.

L'insuffisance caractérise le Moi de ces déprimés qui sous-estiment la valeur de leurs expériences : « Le sentiment de ne pas être aussi fort qu'on le voudrait s'exprime souvent en termes de "fatigue", de même que le sentiment d'être moins stimulé qu'on ne l'aimerait[480]. » C'est pourquoi ce type de dépression se manifeste non par la culpabilité, mais par la honte. Elle « est l'affect par excellence du registre narcissique. [...] Bien plus, il implique que le sujet se vive comme responsable [...], comme si, tel un dieu, il

pensait s'être créé lui-même. Le déprimé ressent très souvent la honte parce que, dans sa mégalomanie fondamentale, il ne peut admettre ses insuffisances ; il n'admet pas de se sentir limité par la réalité, et en particulier par les contraintes que lui imposent son histoire personnelle et sa filiation[481] ». La culpabilité est en rapport avec la loi, la honte est liée au « regard social[482] ». Le succès des thérapies de groupe repose sans doute sur un processus de « déhontisation ». En effet, quand la référence n'est plus la règle fixe, quand la loi impersonnelle ne compte plus, autrui est le seul moyen de faire valider ses choix. Cette quête parfois pathétique d'autrui peut, dans les cas les plus extrêmes, devenir une dépendance, un besoin insatiable.

L'accès à une position névrotique, permettant de faire ressortir les conflits, est signe de progrès dans les cures de ces déprimés : la personne peut alors guérir en reconnaissant les limites de sa toute-puissance au lieu de se plaindre en permanence de son impuissance. La cure doit aider le patient à sortir d'une soumission aux affects en le rendant apte à représenter les conflits masqués[483]. Le conflit lui fournit un guide, lui redonne une marge de manœuvre et le remet en mouvement.

Les psychanalystes ont tendance à avancer une explication globale de la montée des personnalités dépressives : « L'excès de puissance des interdits crée sans aucun doute des conflits pathologiques, mais l'absence de toute lutte et de toute conquête objectale au niveau de la réalité de l'Œdipe risque d'amenuiser considérablement les chances de plaisir et de nous limiter à une dialectique *dépression-antidépression*[484]. » La société contemporaine contribue à leurs yeux à une dévalorisation collective de l'Œdipe, c'est-à-dire du père dans sa fonction symbolique de séparation entre l'enfant et la mère, séparation sans laquelle il ne peut devenir sujet

de son existence. Nous pouvons être des dieux, mais, comme nous sommes des humains, nous le payons par des pathologies où la fragilité interne se manifeste par des affects douloureux et des représentations pauvres. « On en arrive, écrit Bergeret, à précipiter la jeunesse dans une situation dépressive [...] où il n'est même plus possible de se sentir coupable de quoi que ce soi[485]. »

Quand l'impuissance est rattachée à une psychonévrose de défense, comme l'hystérie, le conflit reste en vue ; quand elle est rattachée à un état-limite, le conflit est masqué. Nous entrons dans l'âge moderne de la dépression : le sujet malade de ses conflits cède le pas à l'individu figé par son insuffisance. L'émancipation déplace les contraintes, elle ne les abolit évidemment pas. Elle modifie notre culture du malheur intime.

L'homme compulsif : l'explosion des addictions

L'appétence pour les drogues apparaît, aux yeux des psychanalystes, comme un choix équivalent aux thérapies de groupe : un mode de défense contre la dépression. « Le chemin qui va de la dépression aux différentes formes de toxicomanie est de plus en plus fréquemment parcouru », note André Haynal dans son rapport sur la dépression[486]. Le dépressif, en effet, ne supporte pas la frustration. L'alcoolisme et les toxicomanies aux stupéfiants ou aux médicaments sont des moyens de la combler et peuvent donc être considérés comme des formes d'automédication de la dépression[487]. Le remplissage addictif apparaît comme l'autre face du vide dépressif.

La dépendance, une relation pathologique

L'addiction au sens classique du terme est médicalement caractérisée par une dépendance et une tolérance physiologiques (le consommateur doit augmenter les doses pour que le produit garde son effet), une emprise physique du produit sur la personne, emprise qui est créée mécaniquement par les propriétés pharmacologiques dudit produit : elle s'exprime par un comportement compulsif. En l'absence de ces deux critères physiologiques, on n'employait pas le terme d'addiction : il fallait une preuve claire manifestant l'existence d'une dépendance physique[488]. La notion est étendue à partir du milieu des années 1960 au LSD et au cannabis, au moment où ces deux drogues commencent à connaître une large diffusion et deviennent un problème politique aux États-Unis. Autrement dit, des drogues qui n'étaient pas considérées comme créant une dépendance physiologique deviennent elles-mêmes addictives. L'invention de la notion de dépendance psychologique en a été l'outil. Elle permettait de stigmatiser la consommation de produits psychoactifs qui n'entraient pas dans les conceptions traditionnelles, médicales et sociales, de la dépendance[489].

L'introduction de la notion de dépendance psychologique a également pour conséquence de relativiser la dépendance physiologique à l'héroïne : les héroïnomanes ne sont pas des animaux, mais des êtres humains. La dépendance psychologique réintroduit la notion de sujet d'une manière analogue à celle de Pinel avec le fou : le sujet vacille, mais il est là. En effet, cette dépendance suppose l'idée de *relation* au produit, indépendamment de ses caractéristiques pharmacologiques : on peut être dépendant du cannabis, on peut consommer occasionnellement de l'héroïne, y compris par injection[490]. Mais la dépendance psychologique a également une autre conséquence : en relativisant l'emprise

pharmacologique du produit, elle désigne *un rapport pathologique*, qu'il s'agisse d'un produit, d'une activité ou d'une personne. La dépendance est un comportement pathologique de consommation quel qu'en soit l'objet. L'un des tout premiers travaux qui renouvelle la notion d'addiction est le livre de Stanton Peele et Archie Brodsky, *Love and Addiction*, publié en 1975 : ils montrent que des relations amoureuses peuvent être aussi compulsives et destructrices que la dépendance à l'héroïne, c'est-à-dire aboutir à une autodestruction de la personne. Entrent dans l'addiction de très nombreux comportements[491]. La compulsion est le fédérateur de ces comportements : la perte de contrôle de soi est en effet l'élément clé qui permet de regrouper tout ce qui prend cette allure déréglée avec la nourriture, l'héroïne ou la cigarette. L'addiction devient un concept large, une classe de comportements. Vingt ans après la publication de l'ouvrage de Peele et Brodsky, c'est le dogme de toute la psychiatrie.

À partir des années 1970, du fait de leur redéfinition comme relation pathologique, les psychiatres observent de plus en plus d'addictions : pathologies alimentaires, addictions sexuelles, etc. « L'application de la notion de maladie aux problèmes liés à l'alcool et aux drogues s'est accélérée ces dernières décennies, au moment même où les professionnels de santé ont trouvé le modèle de la maladie pour décrire les troubles alimentaires, les relations sexuelles destructives, le jeu compulsif, les abus sexuels sur épouses et enfants, et même des maladies aussi disparates que les phobies, l'anxiété et la dépression[492]. » Mais, dans la mesure où il s'agit d'automédication réussie, le comportement général de ces dépendants peut apparaître parfaitement normal. C'est une constante, de la boulimie au début des années 1970 à l'abus d'Internet dans les années 1990[493].

Les écrits psychanalytiques soulignent les problèmes relationnels des patients états-limites : difficultés à s'engager, à établir des relations affectivement stables, comportements superficiels de séduction, instabilité générale, impulsions. Tout cela est produit par le vide intérieur et l'absence d'estime de soi qui poussent le sujet à se rassurer constamment en changeant ses « objets ». La pathologie est souvent dissimulée derrière un vernis de bonne socialisation avec ses réussites professionnelles, voire familiales. La personnalité peut être un « faux self », un « comme si » *(as if)*. Les comportements addictifs expriment les contradictions de ce type d'individualité pathologique, c'est-à-dire « une opposition entre la conception inflationniste qu'ils ont d'eux-mêmes (autoréférence excessive et besoin constant d'être admiré) et leur dépendance peu commune[494] ».

L'AGIR PATHOLOGIQUE À LA PLACE DU CONFLIT PSYCHIQUE

La dépendance est une perte de contrôle de soi sur le plan comportemental, mais qu'en est-il sur le plan psychopathologique ? Les psychiatres rappellent régulièrement que la dépendance provient d'une notion de droit romain qui oblige le débiteur incapable de rembourser sa dette de payer avec son corps — soit une forme de servage ou d'esclavage pour dette. Cette pathologie mentale non névrotique relève de la personnalité dépressive : « Le sujet ne se construit pas un symptôme, comme dans la névrose, ni un délire, comme dans la psychose (ce qui suppose déjà un haut degré de mentalisation), mais *agit* le conflit[495] » à travers des comportements : addictions, impulsions suicidaires, passages à l'acte. Ces « agis » remplissent le vide dépressif, ils sont une manière de le combler.

Le thème des rapports entre toxicomanie et dépression n'est pas neuf chez les psychanalystes. Sandor Rado, qui fut le premier directeur du Psychoanalytic Institute de l'université de Columbia, créé en 1944, avait publié en 1933 un article, devenu classique, sur ce thème, « La psychanalyse des pharmacothymies ». Il décrit « une catégorie d'êtres humains qui réagissent aux frustrations de la vie par un type spécial de modifications émotionnelles que l'on peut appeler "dépression anxieuse" ». Il y montre comment, chez ces personnes pour lesquelles le besoin d'euphorisants est aigu, « le Moi maintient désormais son autoestime au moyen d'une technique artificielle[496] ». L'euphorie repousse les manifestations dépressives en alimentant le narcissisme du déprimé qui se sent alors invulnérable. L'arrêt de la prise médicamenteuse peut conduire, selon les cas, au suicide ou à la psychose. Rado conclut son article en soulignant l'existence de cas moins graves dans lesquels « le patient peut, en général, conserver le régime de la réalité et n'user du régime pharmacothymique que comme d'un auxiliaire ou d'un correctif. Il désire, de cette façon, compenser son manque d'assurance dans le régime de la réalité et couvrir un déficit par un artifice. Par d'insensibles gradations, nous arrivons à la personnalité normale qui utilise chaque jour des stimulants sous forme de café, tabac, etc.[497] ». Otto Fenichel a longuement analysé en 1945 les rapports entre dépression et toxicomanie, et a montré « l'importance de l'apport narcissique chez les déprimés, les comparant aux sujets atteints de perversions ou aux toxicomanes[498] ». Il invente l'expression « toxicomanies sans drogues » que la psychiatrie utilisera plus tard pour définir les nouvelles addictions. Le risque est que les médications ne soient efficaces que sur l'affect dépressif. Elles ne dénouent pas le conflit psychique sous-jacent, mais l'abrasent. Le patient entre alors dans un cercle vicieux qui ne lui

permet plus de se défendre naturellement face aux difficultés de la vie.

À la place de l'angoisse, il y a le vide dépressif. L'appel permanent aux objets du monde extérieur est un moyen de remplir le tonneau des Danaïdes qu'est l'intériorité du déprimé. En conséquence, les médications antidépressives sont susceptibles de « créer assez vite de véritables toxicomanies recréant artificiellement une euphorie de surface et nullement de bonheur[499] ».

Le consensus sur ce point est indubitable en psychiatrie et en psychanalyse : les comportements addictifs sont liés d'une manière ou d'une autre à la dépression. Ces comportements apparaissent soit comme des équivalents dépressifs, soit comme un symptôme dans une dépression. Une des premières études empiriques publiées aux États-Unis en 1974 souligne que la dépression est le trouble émotionnel majeur dans la dépendance à l'héroïne[500]. En 1984, un psychiatre suisse montre que « la dépression paraît aujourd'hui un facteur capital dans le développement de la pharmacodépendance. Elle entraîne des difficultés considérables dans le traitement de cette affection et explique beaucoup de rechutes. Il importe donc de savoir reconnaître les états dépressifs et de les traiter à bon escient si l'on veut éviter l'échec de la prise en charge des toxicomanes[501] ». La dépression peut être la cause de la toxicomanie qui apparaît alors comme une forme d'automédication, sa conséquence parce que la drogue crée des dysfonctionnements neurochimiques, son accompagnement parce que le mode de vie de l'héroïnomane dépendant est en lui-même déprimant (chercher sa dope, se surendetter, etc.). Les toxicomanes sont dans un état anxiodépressif favorisé par la structure narcissique de la personnalité : « Au moindre choc affectif, ils sont sujets à de graves réactions dépressives[502]. » Pour effectuer le deuil de l'héroïne, l'emploi

d'antidépresseurs est efficace, car ils favorisent la prise en charge psychothérapeutique. Dix ans plus tard, en 1993, un spécialiste français des addictions estime que « les relations entre troubles du comportement alimentaire, alcoolisme et toxicomanie pourraient s'établir autour de la dépression. [...] La fréquence de la dépression dans les troubles du comportement alimentaire, l'alcoolisme et la toxicomanie peut être estimée chez les sujets jeunes de 30 à 50 %[503] ».

L'implosion dépressive et l'explosion addictive ont désormais partie liée : le vide-impuissance et le vide-compulsion sont les deux faces de ce Janus. Dans le cas de la dépression, ce n'est pas la tristesse qui domine le tableau, mais l'impuissance — la difficulté d'agir — et l'incapacité à supporter les frustrations (choisir, n'est-ce pas être capable de renoncer ?) qui conduit à ce nouveau visage de la dépression qu'est la dépendance — l'action déréglée produite par l'absence de contrôle de soi.

La contrepartie de la souveraineté individuelle

Le sujet de la fin du XIX^e^ siècle est pris dans une double extériorité qui le constitue et le soumet : l'interdit, qui est à la fois antérieur et extérieur à lui, la discipline des corps, qui régularise sa conduite du dehors. Avec l'amélioration des conditions de vie, la perte de légitimité des modèles hiérarchiques et l'espoir généralisé de mobilité sociale, l'individualité sort de cette double régulation. Qu'on la considère comme un nouveau visage de l'hystérie ou comme un état-limite, la dépression est instructive sur l'expérience

actuelle de la personne, car elle incarne la tension entre l'aspiration de n'être que soi-même et la difficulté à l'être.

Côté nouvelles thérapies domine l'impression heureuse que chacun va pouvoir partir à la conquête de lui-même sans avoir à en payer le prix : les thérapeutes usent d'un modèle déficitaire pour accroître « le potentiel humain », leur idéal est celui d'un sujet plein, sans écart qui le divise — nous sommes dans l'art de réparer. Côté psychopathologie, les tenants de l'état-limite estiment que l'économie psychique se modifie : au lieu du conflit intrapsychique, le vide qui met en cause l'assise identitaire de la personne. « Leur demande profonde » ne concerne ni les conflits ni les interdits, mais « un besoin d'être[504] ». Ici, il s'agit plutôt de refaire du sujet, de réinscrire la personne dans le conflit, de la faire passer de Narcisse à Œdipe — nous sommes dans l'art de séparer.

La pathologie apparaît moins comme un écart conflictuel bien marqué par des règles — règles peut-être contestées, mais claires pour cette raison même —, elle ressemble plus à un défaut, à une béance sans conflits ni rapports. Le bouleversement profond que représente la sortie de la régulation par la discipline et l'autorité hiérarchique s'accompagne d'un processus de désymbolisation qui n'est pas vu à l'époque parce qu'il est confondu avec une domination. Désymbolisation au sens où, de la névrose à la dépression, les pathologies de l'identité prennent le pas sur celles de l'identification.

Si un trouble mental n'est pas seulement fait de symptômes, mais également de manières d'être dans le monde, la dépression peut être considérée comme l'envers exact de cette étrange passion d'être semblable à soi-même — de ne plus s'identifier — qui a saisi nos sociétés depuis le début des années 1960. La dépression est un mot commun — et commode — pour qualifier les problèmes soulevés

par cette normalité nouvelle. La souveraineté individuelle n'est pas seulement allégement à l'égard de la contrainte externe, elle produit des pesanteurs internes dont chacun peut concrètement prendre la mesure. La dépression freine la toute-puissance qui est l'horizon virtuel de l'émancipation.

Dans la psychanalyse, française surtout, la dépression se présente comme un effondrement symbolique : la difficulté à faire l'expérience de la conflictualité affaiblit les mécanismes identificatoires indispensables pour structurer une identité capable de vivre avec ses conflits. Le style du désespoir se met à changer parallèlement à celui de l'espoir. L'angoisse d'être soi bascule dans une fatigue d'être soi. Elle est la forme que prend la contrainte intérieure à mesure qu'un nouvel âge de la personne se dessine.

Ces nouveaux dilemmes sont socialement peu visibles au cours des années 1970. Ils sont repérés seulement du côté psychanalytique, et au moment où la psychanalyse se voit largement concurrencée par d'autres thérapies psychologiques et commence à perdre son prestige[505]. Sur le front psychologique, si l'on est soucieux de l'effondrement symbolique que signale le sentiment chronique de sa propre insuffisance, donc du *sujet à restructurer*, sur le front médical, on va le voir, on est de plus en plus préoccupé par un *malade à soigner*.

CHAPITRE V

LE FRONT MÉDICAL : LES VOIES NOUVELLES DE L'HUMEUR DÉPRESSIVE

Si les années 1970 ont vu la diffusion d'une nouvelle culture psychologique, elles ont également été celles d'une *nouvelle culture biologique* qui a défait la configuration élaborée dans les années 1940.

L'abord psychiatrique des médicaments de l'esprit s'était situé selon un axe Janet-Cerletti-Freud. Cerletti fut le fil conducteur d'une relation complémentaire entre le déficit — dont Janet fournissait le modèle — et le conflit — dont Freud était le foyer. Sur le front médical de la psychiatrie, la catégorie de la névrose sortira moribonde de leur déconnexion.

Alors que des techniques de multiplication de soi se mettent en place avec de nouvelles thérapies, la montée du thème dépressif en psychopathologie est commandée par des débats diagnostiques et thérapeutiques sur les rapports entre névroses et dépressions, culpabilité et insuffisance, conflit et déficit. L'estime de soi se situe au carrefour d'une libération psychique et d'une insécurité identitaire qui progressent parallèlement. Le versant médical, lui, est en voie de se centrer sur un malade dont il n'est plus vraiment nécessaire d'aborder les conflits pour le prendre en charge

pharmacologiquement. Il y a là les deux faces d'une même dynamique de sortie de la référence au conflit.

Au cours de la seconde moitié des années 1970, la psychiatrie estime que la dépression est entrée dans des voies nouvelles[506]. Les désaccords sur les aspects biologiques et biochimiques de la dépression sont aussi importants qu'en psychanalyse. Ici aussi la catégorie la plus faible est la dépression névrotique. Elle est également la plus répandue, c'est celle que l'on trouve dans la clientèle du médecin généraliste. « D'où l'impossibilité de faire une synthèse de "la théorie" de la dépression », déclare en 1979 un orateur dans un colloque consacré à « L'approche nouvelle des troubles de l'humeur[507] ». La notion de troubles de l'humeur est le point de réorganisation du diagnostic psychiatrique. Ces troubles sont principalement composés d'anxiété et de dépression, précisément les deux affects principaux. L'anxiété est relativement simple à reconnaître, même si elle sait se masquer ; la dépression, en revanche, se manifeste par des symptômes aussi divers que tristesse, fatigue, problèmes somatiques variés, inhibition et, bien entendu, anxiété.

Deux niveaux de descriptions sont nécessaires pour décrire les changements du front médical. D'abord, celui de la médecine générale : l'épidémiologie repère mieux les plaintes et les motifs de consultation ; de nouveaux antidépresseurs, plus faciles d'emploi et aux effets différents de ceux qui ont été lancés jusqu'alors sur le marché sont mis au point ; deux signes cliniques, l'anxiété et l'inhibition, commencent à redéfinir la dépression. Ensuite, celui des modèles diagnostiques : la tripartition dépressive (endogène, psychogène, exogène) reposant sur un diagnostic étiologique est progressivement abandonnée. Une description aussi fine et

standardisable que possible de sous-types de dépressions, regroupés en entités syndromiques, s'y substitue.

Conséquence de ce changement de paradigme : la catégorie des névroses devient inutile. Le sujet malade était englobé dans la question : de quelle pathologie sous-jacente relève tel ou tel tableau clinique ? Son déclin est porté par une nouvelle question : quel antidépresseur le médecin doit-il prescrire pour tel ou tel type de dépression ? La littérature psychiatrique conseille de moins en moins aux médecins généralistes de chercher la pathologie sous-jacente, c'est-à-dire ce qui affecte un sujet en tant qu'il n'est pas seulement un corps. La psychothérapie perd progressivement son statut de traitement de fond, et la psychopathologie se marginalise en psychiatrie.

Un pneu à regonfler et un anxieux à calmer

« La dépression est vraiment *la* maladie d'actualité. Ce qui ne signifie pas qu'on sache tout sur son compte, ni même que le terme, si rebattu, désigne quelque chose de précis. L'imprécision permet au patient aussi bien qu'au médecin de disposer d'une étiquette pratique, justifiant son état pour l'un, et son acte pour l'autre[508]. » Étiquette pratique, elle l'est certainement, car elle est devenue un mot générique, voire un mode d'entrée en matière. Les médecins n'arriveraient plus à satisfaire la demande et des thérapeutes en tout genre se lanceraient sur les marchés de l'estime de soi. La rhétorique cherchant à convaincre les patients et leur entourage qu'il ne s'agit ni de maladie imaginaire ni de maladie mentale décline[509]. La dépression occupe pleinement sa place de maladie de la vie

moderne. On l'a vu, les médias incitent à s'intéresser à sa propre vie intime. Les demandes adressées à la médecine ont trouvé leur langage tandis que les généralistes jouent désormais un rôle de premier plan.

Trois éléments caractérisent la situation de la dépression chez les omnipraticiens, l'arrière-plan restant l'hétérogénéité de la pathologie[510]. Il est d'abord acquis que les troubles mentaux non psychotiques sont pour l'essentiel traités par la médecine générale : or la dépression prise en charge par les généralistes n'est pas la même que celle traitée par les psychiatres. Ensuite, on assiste à des innovations du côté pharmacologique : de nouveaux antidépresseurs mieux adaptés à la pratique généraliste font leur apparition à partir de 1975. Résulte, enfin, de ces deux facteurs un recul de la tristesse et de la douleur morale au profit de la fatigue.

La triade asthénie, insomnie, anxiété

Julia Kristeva écrit en 1987 dans son essai sur la dépression : « La tristesse est l'humeur fondamentale de la dépression[511]. » Or voilà bien une humeur dont le règne atteint son crépuscule vers la fin des années 1970. Le déprimé apparaît avant tout comme un asthénique à stimuler, un anxieux à calmer et un insomniaque à endormir. La triade asthénie, insomnie, anxiété est une réponse comportementale et affective au changement incessant qui imprègne le quotidien des sociétés démocratiques.

La première enquête disponible en France sur les troubles psychologiques en médecine générale est réalisée par l'INSERM sur les années 1974-1975[512]. Les troubles mentaux et psychosociaux (problèmes d'adaptation familiale, sociale et professionnelle) se situent au second rang après les maladies cardio-vasculaires. Les

généralistes voient 74 % de ces troubles et les psychiatres 12 %. L'enquête confirme que les omnipraticiens prennent en charge l'essentiel des problèmes psychopathologiques de la population.

Les généralistes diagnostiquent 73 % des dépressions et les psychiatres libéraux 16 %. Les dépressions (névrotiques, psychotiques ou sans autre précision) représentent près d'un quart des troubles mentaux et psychosociaux en médecine, et près d'un tiers en psychiatrie. Névroses et alcoolisme constituent 71 % des troubles mentaux : les femmes sont plutôt névrosées, tandis que l'alcoolisme est « presque exclusivement » masculin[513]. Les auteurs notent que, si l'on additionne les deux pathologies, elles donnent le même pourcentage de consultation pour les deux sexes. L'alcoolisme est la manifestation principale de la dépression masculine : *les femmes developpent des symptômes et les hommes des comportements*.

Dans les diagnostics, la série nervosité-fatigue anormale-dépression représente 18,2 % des cas chez les généralistes et 0,8 % chez les psychiatres. Les omnipraticiens prescrivent généralement des médicaments, les psychiatres proposent un autre rendez-vous. De plus, en médecine générale, les pathologies mentales sont traitées plus médicalement que n'importe quelle autre pathologie[514].

Une autre enquête, publiée en 1983, analyse des dossiers médicaux afin de relier motifs invoqués par les patients et diagnostics. Les patients se plaignent surtout d'asthénie, d'insomnie et d'anxiété ou d'angoisse. Dans la dépression en médecine générale, on trouve finalement un peu de tout : épuisement, perte de dynamisme, fatigue, insomnie, tristesse, idées noires, perte d'appétit (voire anorexie) et, plus rarement d'ailleurs, angoisse. Sur le plan diagnostique, les médecins sont peu attentifs au couple énervement-irritabilité, très peu évoqué. Ils s'attachent à « des références contenant uniquement la notion de "baisse"[515] ». Les consultants

pour motifs d'ordre somatique ou fonctionnel restent majoritaires, mais ceux venant pour des difficultés personnelles sont en nette augmentation[516]. Toutes les enquêtes confirment la triade de la dépression chez le généraliste : insomnie, anxiété, asthénie[517]. Elles sont si fréquemment rencontrées dans la pratique médicale, qu'elles manquent de spécificité. « Les signes les plus caractéristiques (tristesse et pessimisme, idées et tentatives de suicide) n'apparaissent que secondairement[518]. » Le déprimé venant consulter un généraliste est rarement triste ; il se traîne de fatigue et demande à être stimulé. Les patients se plaignent manifestement des troubles dont les médias sont les plus friands[519].

Les symptômes les plus apparents et les types de plaintes formulées relèvent, dans l'immense majorité des cas, de dépressions névrotiques ou réactionnelles[520].

Dépression masquée

En ouvrant le colloque international sur la dépression masquée qui se tient à Saint-Moritz en Suisse en janvier 1973, Paul Kielholz déclare : « Non seulement la prévalence de la dépression a augmenté au cours de ces vingt dernières années, mais encore des changements ont été observés dans la symptomatologie. Particulièrement dans les formes psychogénétiques de la maladie, mais également dans les formes endogènes[521]. » En effet, plusieurs travaux notent, au moins depuis le début des années 1960, que nombre de patients se plaignent de douleurs diverses qui n'ont pas de substrat organique : c'est la dépression masquée. Ces changements dans la symptomatologie concernent des symptômes somatiques extrêmement variés allant des maux de tête aux problèmes cardio-vasculaires en passant par les troubles gastriques

et intestinaux. Participent à ce colloque les grands noms de la psychiatrie européenne (Kühn, Lopez-Ibor — l'un des tout premiers psychiatres à avoir travaillé sur ce thème dès les années 1950 —, Berner, Pichot, van Praag[522]) et nord-américaine (Lehmann, Freedman).

Lors des Entretiens de Bichat de la même année, Thérèse Lempérière, une ancienne élève de Delay et de Deniker, fait une conférence sur ce thème : les déprimés sont nombreux en médecine générale et ne se rendent pas compte de l'origine psychogène de leurs douleurs, qu'il s'agisse de céphalées, de douleurs gastriques, cervicales ou abdominales. Plusieurs enquêtes avaient été menées par les Britanniques et par les Américains dans les années 1960 qui toutes notaient l'importance des petites douleurs en population générale et leur proportion accrue chez les névrosés, tant dans l'hystérie que dans la névrose obsessionnelle. Souvent, elles sont accompagnées d'asthénies[523]. Aux Assises départementales de médecine de 1972 consacrées aux états dépressifs, un collaborateur de Kielholz souligne à quel point « le concept de dépression englobe bien plus de choses que cette seule symptomatologie psychique ». Il insiste sur « son immense retentissement pratique, surtout pour les non-psychiatres[524] », d'autant plus que les manifestations somatiques de la dépression sont d'une extrême diversité (constipations, palpitations, perte de cheveux, frilosité, etc.), ce qui rend la pathologie encore plus trompeuse que ce que l'on croyait. Les symptômes psychologiques existent, mais ils sont discrets et difficiles à repérer. Dans la mesure où la plainte somatique masque la dépression, elle s'exprime essentiellement chez le généraliste[525]. Face à la difficulté de diagnostiquer ce genre de dépression, c'est l'épreuve thérapeutique qui vient en dernière instance confirmer ou infirmer le diagnostic[526].

Les psychiatres reprochent aux généralistes de traiter les symptômes les plus manifestes au lieu de diagnostiquer des dépressions. Néanmoins, ils reconnaissent que ce ne sont pas tout à fait les mêmes déprimés qui consultent en médecine générale et en psychiatrie libérale, tandis que ceux qui sont traités en milieu hospitalier diffèrent encore plus largement. De plus, la logique de la médecine générale n'est pas celle de la psychiatrie : les omnipraticiens ont tendance à faire des diagnostics larges, axés sur les symptômes plus que sur la nosologie, et donnent la prééminence à la thérapeutique sur le diagnostic. Ils accordent « un poids plus fort au confort et à la satisfaction à court terme de son patient qu'à la guérison à moyen et à long terme[527] », estime, en 1985, Arthur Tatossian dans son rapport sur les pratiques de la dépression. Il ne faut donc pas s'étonner des prescriptions médicamenteuses : cette pratique est cohérente avec les normes professionnelles. Le généraliste ne doit-il pas envoyer ses patients chez le spécialiste seulement si le traitement à court terme se révèle inefficace ?

Ces pratiques sont d'autant moins surprenantes que nous avons vu les difficultés à différencier les types de dépression. La responsabilité des « mauvais » diagnostics et des prescriptions erronées résulte de ce que les psychiatres sont eux-mêmes peu au clair sur la notion de dépression qui constitue un véritable maquis[528].

De nouveaux antidépresseurs stimulants

Masquée par des équivalents comportementaux (addictions) ou somatiques, s'exprimant essentiellement à travers trois plaintes, la dépression est perçue sous l'angle d'une baisse, elle est appréhendée comme une insuffisance. Cette caractérisation des patients s'établit

au moment même où sont lancés sur le marché de nouveaux antidépresseurs dont la plupart agissent bien sur cette insuffisance. Parallèlement, la tristesse et la douleur morale déclinent au profit d'une attention croissante portée à l'anxiété et à l'inhibition. La façon d'envisager la dépression en psychiatrie change.

S'il est difficile d'avoir une vue précise de ce qui se fait en matière de prescription, des psychiatres notent néanmoins qu'en 1978 cinq millions d'ordonnances d'antidépresseurs ont été prescrites, que la consommation de cette classe augmente plus vite que la moyenne des médicaments (19 % contre 6 %) et que les deux tiers des prescriptions sont faites par les généralistes. Ils critiquent l'insuffisance de la formation psychopharmacologique et la façon dont les entreprises pharmaceutiques présentent leur produit (elle satisfait plus les « nécessités du marketing » que « l'information objective[529] »). Les généralistes répugnent à prescrire les tricycliques à cause du risque de suicide, de l'importance de leur toxicité et de leurs effets secondaires ou des difficultés d'observance du traitement. Ils prescrivent pour cette même raison de faibles posologies, souvent insuffisantes. Les effets secondaires sont plus gênants en ambulatoire qu'à l'hôpital : les patients doivent continuer à mener une vie normale, et l'intensité de la dépression est plus faible, ce qui les rend plus sensibles à ces effets[530]. Leur importance n'est justement pas secondaire. Les antidépresseurs doivent être plus facilement maniables par le généraliste afin qu'il les prescrive, et il serait souhaitable d'en diminuer les inconvénients et la toxicité pour que les patients observent le traitement. Chimistes et pharmacologues cherchent des antidépresseurs qui puissent dépasser le pourcentage d'efficacité des IMAO et des tricycliques (60 à 70 %), et agir plus rapidement.

Entre 1975 et 1984, les pratiques prescriptives des médecins généralistes commencent à se modifier : les quantités d'antidépresseurs prescrits progressent de 300 %, tandis que les anxiolytiques baissent relativement[531]. Or cette soudaine accélération de la prescription s'amorce à partir de 1975, au moment où une deuxième génération d'antidépresseurs, ni IMAO ni tricycliques, voit le jour. Certains sont anxiolytiques et se donnent — innovation décisive pour la pratique généraliste — en dose unique, d'autres sont stimulants[532]. Ils ont généralement peu d'effets anticholinergiques, et certains d'entre eux ont une toxicité bien moindre que les composés anciens[533]. Si l'on continue à reprocher aux généralistes de trop prescrire des anxiolytiques, la situation évolue néanmoins avec cette nouvelle génération d'antidépresseurs plus facilement maniables que les produits lancés jusqu'alors sur le marché. Dès la fin des années 1970, certains psychiatres notent une amorce de changement dans les pratiques des généralistes[534], et en 1985 Arthur Tatossian estime que « cette réticence tend depuis quelques années à décroître tout au moins pour les antidépresseurs dits nouveaux et de type stimulant dont la prescription par le généraliste semble bien responsable de la progression plus rapide sur le marché des médicaments des antidépresseurs par rapport aux BZD entre 1979 et 1983[535] ». Cette tendance sera accélérée avec les ISRS : avec cette génération d'antidépresseurs, la médecine générale dispose enfin des médicaments adéquats à ses contraintes diagnostiques.

Les nouveaux produits tirent l'ensemble de la classe des antidépresseurs vers l'avant : un seul produit est sur le marché en 1975 et treize en 1984, tandis que les tricycliques passent de quinze à vingt et que les IMAO enregistrent un très net déclin[536]. Le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs passe

d'environ 4,3 millions en 1977 à près de 7,4 en 1982. Les nouvelles molécules représentent environ 45 % du marché des antidépresseurs, et l'un d'entre eux — l'amineptine, un stimulant — est en tête du marché avec 20 %, dépassant pour la première fois l'antidépresseur de référence qu'est la clomipramine. Dans le même temps, les psychotoniques (amphétamines) passent de 4,3 millions de prescriptions à 3,7[537].

L'anxiété et l'inhibition redéfinissent la dépression

Les rapports entre anxiété et dépression posent un problème diagnostique particulièrement délicat puisque l'anxiété se manifeste également dans la dépression[538]. Dans ce cas, la prescription d'anxiolytiques ne fait que masquer l'état dépressif sous-jacent et rend, en conséquence, le tableau dépressif moins net. Les antidépresseurs anxiolytiques permettent de résoudre le problème thérapeutique. Mais, en échange, ils poussent à diagnostiquer comme dépression des tableaux cliniques où l'anxiété domine et à augmenter le nombre des déprimés. Cette situation est largement reconnue par la psychiatrie dès le début des années 1980 : « Le clinicien actuel, écrit par exemple Arthur Tatossian, tend à subordonner les troubles anxieux aux troubles dépressifs, tendance certainement accentuée par la découverte des antidépresseurs [...] car dans la réalité l'acceptabilité des règles de décision diagnostique, et donc leur choix, est sous-tendue par les possibilités d'action, en l'espèce les psychotropes disponibles[539]. » Les relations entre anxiété et dépression font partie des thèmes incontournables depuis au moins le milieu des années 1970[540].

L'anxiété bascule dans le continent dépressif, mais un deuxième symptôme commence à changer de place grâce aux effets stimulants de certains nouveaux antidépresseurs : l'inhibition. Il est, avec l'anxiété, l'objet de questions sur la place qu'il faut lui accorder en tant que cible, privilégiée ou non, des antidépresseurs. Pour certains psychiatres, « les produits apparus n'ont amélioré que la tolérance et le traitement de symptômes *secondaires* de la dépression comme l'anxiété ou l'inhibition[541] », pour d'autres, à l'inverse, si le but du traitement est « de redonner au sujet l'euphorie physiologique de base [...], ils exercent aussi, en des proportions variées, une activité thérapeutique sur deux symptômes *fondamentaux* de la dépression : l'anxiété et l'inhibition[542] ». Quand ces deux symptômes sont secondaires, la dépression reste essentiellement une douleur morale.

Lors du II^e^ colloque Psychiatrie et Épidémiologie, tenu à Genève en 1983, un psychiatre signale un net infléchissement dans l'abord thérapeutique de la dépression : « Jusqu'en 1977, la levée de l'inhibition était la crainte majeure du prescripteur d'antidépresseur qui souhaitait voir en premier lieu s'amender les idées noires de son patient. Au contraire, aujourd'hui l'inhibition est le symptôme cible privilégié par l'argumentaire de trois des dix antidépresseurs les plus prescrits[543]. » Les nouveaux antidépresseurs, stimulants du moins, favorisent une décentration progressive de la douleur morale vers l'inhibition. Et cela d'autant plus que, on l'a vu, les généralistes sont plus sensibles aux plaintes exprimant une « baisse ». La dépression apparaît alors moins comme l'envers de la joie de vivre que comme *une pathologie de l'action*[544].

L'inhibition est, avec l'asthénie, la cible privilégiée des antidépresseurs stimulants. Ils se substituent aux amphétamines (inscrits au tableau B depuis le début des années 1970), et cela à moindre risque pour le patient : « Leur utilisation n'a plus guère

d'intérêt depuis que l'on dispose d'antidépresseurs à forte composante stimulante[545] », comme l'amineptine qui « peut trouver son indication thérapeutique dans les dépressions où domine l'inhibition[546] ». Les psychiatres s'interrogent d'ailleurs sur le statut réellement antidépresseur de ces substances. En 1980, Julien-Daniel Guelfi, qui sera quinze ans plus tard le coordonnateur de la traduction française du DSM-IV, parle de « composés de transition entre des activités thymoanaleptiques et psychostimulantes[547] ». Entre le redressement de l'humeur et la désinhibition, les frontières se brouillent. Ces nouvelles substances ne représentent-elles pas une réponse adéquate à la triade asthénie, insomnie, anxiété ? Cette réponse est-elle une prise en charge thérapeutique de la dépression ou une sorte de dopage de masse qui amorce discrètement sa carrière dans la seconde moitié des années 1970 ?

Le modèle de dépression qui s'est façonné entre les électrochocs et le début des années 1970 est en train de se modifier : la pathologie était certes trompeuse, mais elle gardait encore une spécificité. Elle entre maintenant dans un processus de décomposition tel que bientôt on le verra au chapitre suivant, la psychiatrie s'interroge sur la justesse sémantique des mots « dépression » et « antidépresseurs ».

La littérature psychiatrique de la fin des années 1970 et du début des années 1980 s'accorde sur ce point : l'efficacité thérapeutique des antidépresseurs n'est pas supérieure à celle de l'iproniazide ou de l'imipramine, 30 à 40 % des dépressions résistent au traitement, l'effet antidépresseur n'apparaît qu'après deux, voire trois semaines[548]. Les nouveaux antidépresseurs fournissent néanmoins au généraliste un outil plus maniable et moins dangereux pour le

patient. Il hésite donc moins qu'auparavant à prescrire un antidépresseur.

Le principal problème reste le manque de consensus dans le diagnostic. Deux voies ont été suivies simultanément, rétroagissant l'une sur l'autre, pour identifier avec précision les sous-types de dépression, chose désormais « cruciale[549] », mais sur des bases non étiologiques.

Ces deux voies ont en commun de permettre l'établissement de *corrélations*, donc de régularités plus fiables, pense-t-on, que celles adossées à la psychopathologie. La première s'appuie sur des moyens biologiques. La biochimie a fortement progressé depuis les années 1960, autant au niveau cellulaire que moléculaire. La recherche de corrélations entre un type clinique de dépression et un marqueur biologique devrait permettre de prévoir l'efficacité de tel ou tel antidépresseur. La clinique serait ainsi moins dépendante de l'épreuve thérapeutique et moins réduite au pragmatisme, c'est-à-dire au flair du clinicien. Au lieu de vérifier après coup l'efficacité d'une molécule, on pourrait l'évaluer *a priori*. La psychodynamique espérait également, dans les années 1960, pouvoir poser l'indication d'un psychotrope en fonction de la structure du sujet.

La seconde voie est classificatoire. Elle repose sur l'épidémiologie psychiatrique : l'objectif est de bâtir des données fiables en constituant des groupes de populations homogènes à partir d'analyses statistiques multivariées, d'outils épidémiologiques et d'échelles de dépression permettant de standardiser le diagnostic sans faire appel à l'œil clinique du praticien : elle conduit la psychiatrie à ce qu'elle appelle sa « deuxième révolution ». La première était celle des médicaments de l'esprit, la seconde est classificatrice. C'est la troisième version du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* publié en 1980 aux États-Unis.

Quel antidépresseur pour quelle dépression ?

Lors des Journées de la psychiatrie privée en 1977, les exposés de Roland Kühn, Jean Oury, Pierre Fédida, etc., montrent bien la place décisive prise désormais par la dépression en psychiatrie et en psychanalyse. L'argument présentant ce colloque mérite d'être cité, car il résume en un paragraphe l'état de notre pathologie : « Notion carrefour, mais également fourre-tout, et pas seulement dans son acception profane [...], la dépression se marque sans nul doute de la variété de ses étiologies, des structures qu'elle engage, des discours qu'elle module. Mais on doit également être frappé de la variabilité d'un ensemble sémiologique qui, pour apparaître bien cerné, tend progressivement à se diversifier jusqu'à voir se dissoudre son expression cardinale (les dépressions "masquées"). À ce point que pour certains, la seule donnée "constante" pourrait être les résultats obtenus dans l'utilisation du traitement thymoanaleptique[550]. » Si l'hétérogénéité des dépressions est un constat établi par tous les courants, aucun accord ne se dégage permettant de découper des sous-groupes. Le succès de la dépression ne repose pas sur une meilleure délimitation de la pathologie, mais sur une extension nosographique et un démembrement dans le thème des troubles de l'humeur. D'où l'inquiétude qui émerge çà et là de définir exclusivement la dépression comme l'entité morbide qui réagit à l'action des antidépresseurs. Mais qu'est-ce qui, dans une pathologie si multiple et trompeuse, réagit à ces médications ?

Si les dépressions sont hétérogènes, les antidépresseurs le sont également[551]. Entre des tableaux cliniques moins francs qu'auparavant, parce que les patients consultants ont déjà consommé des psychotropes[552], et la multiplication des produits mis

sur le marché, on assiste à un accroissement général de l'hétérogénéité. En effet, les antidépresseurs, contrairement aux anxiolytiques, ont un spectre d'effets large : ils agissent sur la tristesse, l'asthénie, l'anxiété, les ruminations, les céphalées ou les douleurs cervicales.

Kühn estimait, on l'a vu, que l'imipramine était nettement plus efficace dans les dépressions endogènes que dans les autres états dépressifs. Le médicament est spécifique de ce groupe de dépressions. Pour Kline, au contraire, l'iproniazide est un non-spécifique car il est, pense-t-il, efficace dans toutes les dépressions. Or cet antidépresseur est rapidement retiré du marché parce que les patients avaient des probabilités non négligeables d'avoir une jaunisse. Plus globalement, les IMAO sont peu utilisés, car ils posent, contrairement aux tricycliques, non seulement des problèmes d'interaction importants avec de nombreux médicaments, mais également avec des aliments comme le fromage. Les tricycliques sont donc les médicaments de référence. Dans un premier temps, les psychiatres s'accordent sur leur efficacité dans la dépression endogène[553].

Pourtant, Kühn lui-même précise en 1977 que « leur emploi est absolument légitime dans bien des cas de névrose relevant encore du domaine exclusif de la psychothérapie, de préférence analytique[554] ». Il note en 1973 que l'antidépresseur est efficace dans « les dépressions réactionnelles, les névroses obsessionnelles, l'hystérie et certaines formes d'anxiété névrotique et de neurasthénie[555] ». L'argument est que le syndrome dépressif est traditionnellement sous-évalué dans les névroses. En une quinzaine d'années, les antidépresseurs connaissent le même parcours d'incertitudes que l'électrochoc entre la fin des années 1930 et la fin des années 1940 : présentés comme des thérapeutiques spécifiques

de la dépression, entendue au sens endogène, ils sont employés pour des névroses à manifestation dépressive franche ou dans celles dont la dépression est masquée par d'autres symptômes. Le débat entre névrose et dépression, que nous avons examiné au chapitre précédent, se rejoue également sur le front médical.

Le raisonnement psychiatrique traditionnel consistait à différencier les types de dépression en cherchant la pathologie sous-jacente. Si Kühn souligne la nécessité d'un tel raisonnement psychopathologique (les antidépresseurs sont efficaces dans des névroses à manifestation dépressive), cette manière de faire ne correspond pas aux pratiques dominantes en médecine de ville. Elle se marginalise également dans le mode de questionnement qu'emploie la psychiatrie. La question est désormais : quel antidépresseur pour quel sous-type de dépression ? On cherche des antidépresseurs spécifiques de tel ou tel type de dépression. L'effet anxiolytique ou stimulant apparaît trop grossier pour « personnaliser chaque composé[556] ». Si les nouveaux produits ont l'intérêt d'être plus confortables et moins toxiques, ils ont encore un autre avantage : « Ces nouveaux médicaments présentent des possibilités considérables en suggérant de nouvelles approches pour la compréhension de la biologie profonde de la dépression[557]. »

Deux voies neuronales par lesquelles on peut comprendre les mécanismes de la dépression sont mises en relief par la biochimie : la noradrénaline et la sérotonine[558]. Avec la dopamine, nous avons là les trois grands systèmes de neurones dits monoaminergiques. Il est rapidement acquis que les tricycliques augmentent le taux de concentration de la sérotonine et de la noradrénaline. Les chercheurs émettent alors l'hypothèse de sous-types de déprimés carencés en l'un ou l'autre de ces neuromédiateurs.

Des modèles biochimiques sont mis au point pour corréler des symptômes avec des modifications monoaminergiques en empruntant à la pharmacologie animale et à la clinique humaine. L'hypothèse de sous-groupes de déprimés carencés en sérotonine fait l'objet de nombreuses discussions. Des articles en nombre croissant sont publiés sur ce thème au cours des années 1970[559]. Cette hypothèse est à la fois très contestée et pleine d'espoirs[560]. La recherche clinique tente alors de diversifier l'usage des antidépresseurs existants. On découvre des molécules améliorant différentiellement l'activité des différents systèmes monoaminergiques, en particulier des stimulants de la dopamine[561], dont l'action thérapeutique s'exerce sur l'inhibition plus que sur la tristesse et la douleur morale[562]. Les chercheurs notent néanmoins une bizarrerie : certaines molécules augmentant la transmission de la noradrénaline et de la sérotonine n'ont pas d'effet antidépresseur, alors que d'autres qui n'en modifient pas l'activité sont de véritables antidépresseurs. Autrement dit, des indices de toutes sortes montrent bien le rôle des monoamines, mais les résultats semblent trop contradictoires[563]. Édouard Zarifian et Henri Lôo, dans un ouvrage de référence publié en 1982, se refusent explicitement à parler de « "mode d'action des antidépresseurs". Une telle formulation impliquerait que l'on soit autorisé à relier les modifications biochimiques induites dans le système nerveux central par les antidépresseurs à leurs effets thérapeutiques. Il n'en est rien[564] ». Les psychiatres n'arrivent pas à corréler l'hétérogénéité biochimique des dépressions avec celle des antidépresseurs. Un spécialiste reconnu en psychopharmacologie va jusqu'a déclarer : « Traiter ce problème est humiliant pour qui s'y consacre depuis vingt ans[565]. » Néanmoins, la relation entre action biochimique et action thérapeutique reste une hypothèse fructueuse.

La tentation est évidemment forte de recourir à la ressource si pratique qu'est l'épreuve thérapeutique : la « vraie » dépression est celle sur laquelle les antidépresseurs agissent. D'où une tendance à assimiler dépression à antidépresseurs. *La Revue du praticien* consacre deux numéros spéciaux à la dépression en 1978 et en 1985. La tonalité évolue largement entre ces deux dates. En 1978, Daniel Widlöcher écrit : les courants biochimiques et psychogénétiques s'enrichissent mutuellement, « ce qui fait de la dépression le trouble psychopathologique pour lequel le niveau de compréhension et les possibilités thérapeutiques s'avèrent le plus prometteurs[566] ». Sept ans plus tard, Jean-Claude Scotto, qui dirige le dossier sur les dépressions, écrit à propos de la psychothérapie : « Ce mot doit être pris dans son acception la plus large, celle qui privilégie l'action "de soutien", d'accompagnement [...], *ne nécessitant aucune formation technique particulière*. Mais [...] l'essentiel du traitement est représenté par les moyens biologiques : sismothérapie [c'est-à-dire l'électrochoc] et antidépresseurs[567]. » Cela signifie, d'une part, que la psychothérapie ne doit plus être considérée comme un traitement de fond et, d'autre part, qu'elle n'est plus un moyen de faire ressortir les conflits inconscients et de permettre au patient de s'y confronter.

Au milieu des années 1980, le modèle déficitaire réalise une alliance inédite entre thérapies de la libération et médication chimique. À partir du moment où l'on ne sait toujours pas définir la dépression, mais qu'on dispose d'antidépresseurs efficaces, maniables et agissant assez bien sur l'humeur dépressive, qu'elle soit inhibée ou anxieuse, que peut être cette pathologie sinon ce que guérissent les antidépresseurs ? Dans ces cas, la notion de conflit perd totalement de son intérêt pour guider le diagnostic. En effet, un paradigme descriptif se substitue au paradigme étiologique.

La bataille des classifications

La deuxième voie proposée par la psychiatrie pour résoudre le chaos diagnostique est classificatoire. Dans la mesure où les désaccords étiologiques ne peuvent être surmontés, il suffit d'éliminer la question étiologique au profit d'une description clinique la plus précise possible. L'enjeu principal est l'amélioration de la *fidélité* diagnostique. Elle implique de trouver des critères permettant à des cliniciens évaluant indépendamment un même patient de faire le même diagnostic. Le choix du traitement est laissé à l'appréciation du clinicien, car c'est dans un but de recherche que cet appareillage est mis au point.

La solution apportée par la voie classificatoire au problème de l'hétérogénéité des dépressions a pour conséquence de déconnecter ces syndromes de leurs liens avec les catégories de la névrose ou de la psychose.

En 1980, l'American Psychiatric Association (APA) publie une classification qui a nécessité une petite dizaine d'années de travail : le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* troisième version, plus connu sous son sigle DSM-III. Le manuel a été partiellement révisé en 1987 (DSM-III R), et une quatrième version a été publiée en 1994 (DSM-IV)[568]. Le DSM fait prendre un nouveau virage à la psychiatrie mondiale.

Le contexte d'une « révolution »

La psychiatrie américaine de l'entre-deux-guerres et de l'après-Seconde Guerre mondiale est tout à fait différente de la psychiatrie française[569]. Les affrontements entre neurologues et psychiatres sont marginaux, le rôle des universités dans la régulation de la profession

psychiatrique est bien plus important qu'en France, des institutions fédérales jouent un rôle décisif dans le développement des politiques de santé mentale. Ainsi, le National Institute of Mental Health, créé en 1946, dispose de moyens financiers permettant de mener des politiques de grande ampleur, mais aussi des recherches quantitatives sans rapport avec ce que l'on peut voir en Europe. De plus, les psychanalystes sont médecins (par une décision de l'Association psychanalytique américaine de 1927), et la psychanalyse est intégrée dans les institutions médicales. Si les psychiatres américains sont en général analystes au cours des années 1950, la psychanalyse est d'une inspiration théorique très différente de la psychanalyse française. Le personnage clé de la psychatrie américaine de la première moitié du XX^e^ siècle, Adolf Meyer[570], organise le premier voyage de Freud aux États-Unis en 1909. La psychanalyse qu'il promeut (sans être lui-même analyste) est une sorte d'hygiène mentale, une technique de développement visant un renforcement du Moi des patients — soit ce que l'on appelle l'Ego psychologie. C'est moins le monde fantasmatique des patients qu'elle explore que leurs capacités d'adaptation à la réalité[571].

La psychiatrie américaine n'est traditionnellement pas classificatoire dans la mesure où la conception dominante de la maladie mentale est « psychosociale ». Elle se caractérisait par trois traits. Le premier est la notion de réaction dont Meyer est le grand promoteur : toute personne soumise à des chocs suffisamment forts est susceptible de développer une pathologie mentale. Le deuxième est une vision unitaire de la maladie mentale : les différences entre psychoses et névroses sont quantitatives et non qualitatives, le degré de sévérité dans la pathologie étant le critère discriminant. Les notions de réaction et d'intensité impliquent une vision de la

pathologie opposée à celle en termes d'entités discrètes de Kraepelin. Le troisième trait est le diagnostic étiologique : qu'est-ce qu'il y a derrière le symptôme ou le syndrome ?

Plusieurs éléments internes à la société américaine poussèrent la profession à opérer un virage radical en matière de classification au cours des années 1960. La force du mouvement antipsychiatrique américain mit la profession sur une position défensive : si la distinction entre normal et pathologique est fluide, comme le suppose le modèle psychosocial, alors les diagnostics psychiatriques sont parfaitement arbitraires. L'instauration du tiers payant (Medicaid et Medicare) conduit l'administration à faire évaluer les diagnostics et les thérapies, chose difficile du fait du manque de critères standardisés. De plus, la découverte des médicaments de l'esprit vint soulever un problème spécifiquement américain : un surdiagnostic de schizophrénie et un sous-diagnostic de dépression. On prescrivait des neuroleptiques à des patients qui, en réalité, étaient dépressifs. Enfin, les transformations des années 1960, qui ont étendu la prise en charge des troubles mentaux vers la médecine de ville et la psychiatrie communautaire (équivalent américain du secteur), ont conduit à confondre quelque peu les psychiatres avec des travailleurs sociaux mâtinés de psychothérapeutes[572].

Cette réforme était également liée à des enjeux internationaux tout à fait évidents. Elle fut conçue en relation avec celle de l'Organisation mondiale de la santé. Celle-ci tente, dès la seconde moitié des années 1960, de mettre en place des catégories psychiatriques permettant des comparaisons internationales, les systèmes nationaux de description, de diagnostic et de classification étant très variés[573]. Or, à partir de l'invention des médicaments de l'esprit, les disciplines regroupées par la psychopharmacologie s'internationalisent (la création en 1958 du CINP lui fournissant un

cadre) ainsi que les marchés. Mais le marché principal, par sa taille, est celui des États-Unis. Et là, il y a un acteur incontournable : la Food and Drug Administration (FDA). Ses règles d'autorisation sont très strictes. Il faut en particulier que le médicament soumis à la décision d'autorisation puisse montrer une efficacité substantielle. Des instruments d'évaluation de type statistique sont nécessaires : les études en double aveugle comparant le médicament avec un autre médicament déjà employé (dit de référence) et un placebo deviennent obligatoires[574]. Pour que ces études puissent démontrer une efficacité, il est indispensable de disposer de catégories de dépression et de populations dépressives homogènes, c'est-à-dire acceptables pour le système d'acteurs.

La montée d'une nouvelle préoccupation classificatoire résulte donc de l'internationalisation de la psychiatrie, de la place particulière qu'y occupe le marché américain et des difficultés nouvelles que rencontre la psychiatrie américaine au cours des années 1960.

La psychiatrie universitaire française et la réforme des classifications

La psychiatrie universitaire française ne participe pas à cette vaste entreprise, mais elle l'acceptera facilement. On ne voit guère de débats dans les revues universitaires[575], alors que la tradition clinique était forte, que la psychanalyse était une référence pour la chimiothérapie et que l'antipsychiatrie n'a guère eu l'impact qu'elle a connu en Grande-Bretagne et aux États-Unis. La classification psychiatrique de l'INSERM, publiée en 1968, était un glossaire, et les questionnaires ou les échelles standardisées d'évaluation avaient peu de poids en France — Pierre Pichot est l'un des très rares

Français à avoir construit une telle échelle[576]. La tradition épidémiologique est donc faible.

La psychiatrie française[577] n'est pas soutenue par des institutions étatiques fortes. Nous ne disposons pas d'un équivalent français du NIMH. L'INSERM, fondé en 1962, et dont le premier directeur général a d'ailleurs joué un rôle décisif dans la mise en place de la politique de secteur, dispose comparativement d'une influence beaucoup moins importante. Les psychiatres les plus prestigieux des années 1960 (Ey, Daumézon, etc.) ne sont pas universitaires, et les hôpitaux psychiatriques composent un secteur non intégré dans les hôpitaux généraux.

La séparation de la neurologie et de la psychiatrie en 1968 (loi du 31 juillet) a permis à des psychiatres en nombre croissant de faire une carrière universitaire et de devenir des patrons, comme dans n'importe quelle discipline médicale. Ils se sont trouvés dans une situation professionnelle favorisant une recherche plus universitaire à base d'épidémiologie, d'outils statistiques, etc., qui poussaient à une inflexion par rapport à l'ancienne recherche clinique. L'allure scientifique du raisonnement est cruciale dans un cadre universitaire. Les industriels ont trouvé un relais identique à celui qui existait dans les pays à tradition psychiatrique universitaire forte et convertis aux diverses méthodes d'évaluation standardisées. La réforme des classifications permettait également de fournir aux médecins généralistes un modèle plus opératoire que l'ancienne tripartition.

Si la référence psychanalytique s'est maintenue chez les titulaires de chaires de psychologie clinique[578], cela n'a pas été le cas en psychiatrie, d'autant plus que la psychanalyse commence à perdre largement de son prestige à la fin des années 1970. À partir des années 1980, la cure analytique ne constitue plus un passage obligé

pour les internes en psychiatrie. De plus, la réforme du concours de l'internat en 1982 supprime l'internat spécialisé en psychiatrie. Cela implique que le « choix » du métier de psychiatre est moins lié à la motivation personnelle de l'étudiant qu'à sa place dans les résultats du concours : la culture de ces psychiatres est plus médicale[579]. Le vieux style psychiatrique, que représentait Henri Ey dans la tradition des médecins-philosophes (il décède en 1977), insistait sur l'importance des controverses parce qu'il était impossible d'arriver à un consensus étiologique. Les méthodes épidémiologiques, l'appui sur les données et la fidélité interjuge ont fini par construire un tel consensus sur la marginalisation de l'étiologie. Non qu'il n'y ait plus de désaccord et qu'aucun courant ne domine, mais le milieu psychiatrique se met à fonctionner sur le mode de « la juxtaposition des pratiques et de la superposition des théories[580] ».

La machine américaine se met en branle

Le choix de l'Association psychiatrique américaine (APA) de construire une classification servant de véritable guide diagnostique releva d'une stratégie pour ancrer solidement la psychiatrie dans la médecine la plus scientifique. Ainsi que l'a déclaré Gerald Klerman, un des plus importants psychiatres américains et un expert mondial en matière de dépression, lors d'un débat organisé par l'APA en 1982 : « La décision prise par l'APA de développer le DSM-III, puis de le promulguer représente une réaffirmation significative de la part de la psychiatrie américaine de son identité médicale et de son implication dans la médecine scientifique[581]. »

Une énorme entreprise aux multiples ramifications est mise en route. Robert Spitzer, de l'université Columbia de New York, est nommé à la tête d'un groupe de travail mis en place pour préparer

la révision du DSM-II. En 1974, quatorze comités spécialisés dans les principales catégories de troubles mentaux sont constitués. Ils mènent de multiples études de terrain, organisent des conférences de consensus, mettent en place des sous-comités pour les questions litigieuses, négocient avec les différentes organisations professionnelles (qu'il s'agisse des associations de psychanalystes, de psychiatrie de l'enfance, de psychologues, etc.). Ce déploiement procédural doit permettre d'élaborer une classification qui soit acceptée par l'ensemble des tendances de la profession : les données épidémiologiques comme moyen et le consensus comme objectif sont les deux axes principaux du DSM-III. Les études de terrain, qui se déroulent entre 1977 et 1979 sous le patronage du NIHM, portent sur près de treize mille patients, évalués par cinq cent cinquante cliniciens.

Le déplacement du centre de gravité de l'hôpital psychiatrique vers la psychiatrie communautaire[582] suscite une autre série d'études épidémiologiques permettant de mieux connaître les problèmes sanitaires de la population. Une commission, mise en place en 1977 pour évaluer les besoins en santé mentale de la nation, fait entreprendre, sous la direction de la NIHM, une recherche épidémiologique sur vingt mille personnes réparties dans cinq sites : l'*Epidemiological Catchment Area* (ECA). Son objectif est d'obtenir des données systématiques sur la prévalence des maladies mentales, des syndromes et des symptômes en population générale. Cette recherche utilise les nouvelles méthodes diagnostiques mises au point au cours des années 1970 pour la constitution du DSM-III et vise à servir à une future révision du Manuel. Commencée en 1980, elle donne lieu à la publication en 1991 d'un véritable « atlas » des troubles mentaux : *Psychiatric Disorders in America*. Un bilan ressort nettement de ce tableau du trouble mental américain :

l'augmentation de la dépression, de l'alcoolisme et de l'abus de drogues[583].

Peu importe la cause du moment que l'on est « fidèle »

L'introduction du DSM-III est très claire sur la conception de la maladie mentale et permet de bien comprendre le raisonnement[584]. Le DSM est une démarche qui concerne tous les troubles mentaux : le manque de consensus, résultant de la diversité des doctrines psychiatriques, laisse une place beaucoup trop importante au jugement personnel du psychiatre pour le diagnostic. La solution est de contourner ce jugement grâce à la mise en œuvre d'un langage commun à toute la profession, quelles que soient les orientations des cliniciens. L'APA met au point un équivalent de ce que les informaticiens appellent « un système expert » pour obtenir une fidélité diagnostique par consensus. Les principaux moyens pour y arriver sont les concepts de base du DSM-III : la notion de trouble mental, l'approche descriptive et les critères diagnostiques, l'évaluation multiaxiale.

1. Le trouble mental est « un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et typiquement associé à un symptôme de douleur (détresse) ou à un handicap dans l'un, au moins, des principaux domaines du fonctionnement (incapacité) ». Ce trouble a pour base une détresse qui s'exprime dans un syndrome invalidant. La personne malade *a* un syndrome, comme l'écrit Spitzer : « Une erreur fréquemment commise consiste à croire qu'une classification des troubles mentaux classe les individus, alors qu'en réalité ce sont les troubles du sujet qui sont classés. C'est pourquoi le texte du

DSM-III évite d'utiliser des expressions comme "schizophrène" ou "alcoolique", et se sert d'expressions plus précises mais périphrasiques, telle : "un individu avec une schizophrénie", ou "un individu avec une dépendance à l'alcool"[585]. » Le style de structure psychologique et le sens que revêt un symptôme pour une personne n'ont pas de pertinence. L'approche est dénommée néo-kraepelinienne[586] par ses promoteurs, car elle conçoit les pathologies comme des entités discrètes. Seulement, ces entités définissent non des maladies, mais des syndromes. Sur le plan pratique, cela ne change rien, car ces syndromes sont employés de la même manière que si l'on avait affaire à des maladies.

2. Le DSM est dit a-théorique et descriptif[587]. A-théorique, parce qu'il ne se positionne pas à l'égard des différentes théories étiologiques ; descriptif, à l'inverse, parce que son but est de décrire le plus précisément possible les symptômes.

La clinique à elle seule ne permet pas d'obtenir ce que l'épidémiologie appelle une bonne fidélité interjuge. Pour décrire soigneusement, il faut posséder des critères permettant d'inclure ou d'exclure tel ou tel type de trouble. C'est pourquoi le DSM-III déplace le centre de gravité des catégories de la clinique à la recherche. Deux équipes de chercheurs en psychiatrie ont joué les principaux rôles : celle de John P. Feighner à l'hôpital Washington de l'université Saint-Louis (Missouri) et celle de Robert Spitzer (le maître d'œuvre du DSM-III) du New York State Psychiatric Institute de l'université Columbia. Les premiers mirent au point des critères d'inclusion et d'exclusion permettant de savoir si une personne a ou non le trouble mental x. Pour cela, ils développèrent des protocoles permettant d'entreprendre des recherches épidémiologiques à grande échelle sur vingt-cinq catégories diagnostiques. Les seconds élaborèrent des outils statistiques pour mesurer la fiabilité des

critères diagnostiques de recherches et les systématisèrent. Ce système est connu sous le nom de Research Diagnostic Criteria (RDC) : il fut mis au point par l'équipe de Spitzer dans le cadre d'un projet sur la psychobiologie de la dépression afin de mieux identifier ses sous-types éventuels. Les deux équipes construisirent des protocoles d'entretiens, appuyés sur cette nouvelle critériologie, permettant de réduire la variance de l'information[588].

Pour dégager des critères diagnostiques clairs et précis, donc susceptibles d'obtenir le consensus tant désiré, il est indispensable de produire des données fiables[589]. Les enquêtes épidémiologiques et les entretiens structurés, au cours desquels le clinicien coche les symptômes, conditionnent l'élaboration de populations homogènes pour chaque catégorie de troubles mentaux.

3. En échange de contraintes fortes sur le clinicien, on laisse à celui-ci la possibilité de faire son diagnostic selon plusieurs axes — le diagnostic est dit multiaxial. L'axe I comprend l'ensemble des troubles mentaux qui sont classés en syndromes qu'une personne est susceptible d'*avoir*. L'axe II reprend ces syndromes, mais du point de vue de la personnalité : « Le diagnostic de trouble de la personnalité ne doit être porté que lorsque les manifestations caractéristiques correspondent typiquement au fonctionnement au long cours du sujet, sans être limitées à des épisodes pathologiques[590]. » Cela permet de ne pas les oublier quand l'attention est attirée « par le trouble, habituellement plus floride *[sic]*, codé sur l'axe I[591] ». Autrement dit, un patient peut avoir un trouble sans que le clinicien soit contraint de se demander dans quelle mesure des éléments de sa personnalité ou de son histoire sont susceptibles de jouer. Il s'agit alors d'un épisode dépressif — et c'est l'épisode qui doit être traité, non le sujet. L'axe III est réservé aux troubles physiques, l'axe IV à la « sévérité des facteurs de stress psychosociaux » (c'est là que l'on

place le réactionnel) et l'axe V à l'adaptation et au fonctionnement général de la personne. « Le système multiaxial permet une évaluation biopsychosociale[592] », mais à condition de préciser : non par la confrontation de ces trois registres, mais par leur empilement.

L'humeur troublée met à mal la dépression névrotique

Dans le DSM-I, la dépression névrotique « se manifeste par une réaction excessive de dépression due à un conflit interne ou à un événement identifiable ». Aucun critère précis de diagnostic ne s'impose au clinicien. La dépression névrotique a été soumise à une étude de fidélité interjuge : le coefficient de fidélité est très mauvais et, en tout cas, très inférieur à celui qui existe pour la schizophrénie[593]. Pour que le clinicien diagnostique un trouble dépressif dans le DSM-III, trois exigences doivent être remplies selon les critères de Feighner : 1. l'existence d'une humeur dysphorique dont les symptômes peuvent être la tristesse, l'irritabilité, le découragement, etc. ; 2. l'existence d'au moins cinq critères parmi les huit de la catégorie (manque d'appétit ou perte de poids, troubles du sommeil, perte d'énergie ou fatigue, agitation ou ralentissement, perte d'intérêt, sentiments d'autoaccusation ou de culpabilité, difficultés de concentration, pensées récurrentes de mort ou de suicide) ; 3. ces symptômes doivent perdurer durant un minimum d'un mois[594]. Le clinicien n'a plus qu'à cocher les symptômes pour diagnostiquer une dépression. Il n'a pas à s'intéresser à l'histoire d'un sujet, mais à la symptomatologie d'un malade.

Dans la mesure où les notions d'endogène, d'exogène et de névrotique impliquent, d'une part, une étiologie et, d'autre part,

qu'il s'est avéré impossible de tracer une limite reconnue unanimement entre ces différents types de dépressions, on les remplace par la notion de « dépression majeure » qui est rangée dans la catégorie des troubles affectifs[595], c'est-à-dire des troubles caractérisés par une perturbation de l'humeur. La classe des névroses est également éliminée du *Manuel*. Les polémiques que cette élimination a entraînées ont conduit Spitzer à s'en expliquer dans l'introduction de la troisième version de l'ouvrage : « Freud a utilisé le terme de névrose à la fois pour *décrire* (pour indiquer un symptôme de souffrance chez un individu ayant un sens de la réalité intact) et pour indiquer le *processus étiologique* (conflit inconscient provoquant une angoisse [...])[596]. » Le *Manuel* ne conserve, dans un premier temps, que le sens descriptif sous l'appellation « Troubles névrotiques ». Ce fut une concession accordée aux psychanalystes lors de la conférence d'approbation finale du projet de DSM-III en 1979 parce que leur association refusait de l'approuver. Le compromis fut accepté. Le grand spécialiste de l'anxiété Donald Klein, un des responsables du DSM-III dont les travaux ont conduit au démembrement de la névrose d'angoisse en attaque de panique et trouble d'anxiété généralisée, déclara une dizaine d'années plus tard : « La controverse sur la névrose fut une capitulation mineure à l'égard de la nostalgie psychanalytique[597]. »

Les anciennes névroses sont démembrées et réparties dans la catégorie des « troubles affectifs, anxieux, somatoformes, dissociatifs et psychosexuels[598] ». L'anxiété était considérée comme le principal symptôme de la névrose dans le DSM-II, dans le DSM-III, elle fait partie des Troubles anxieux[599]. Dans le DSM-IV, le qualificatif Troubles névrotiques est éliminé.

L'affect domine le nouveau paysage classificatoire, il est au centre de la description clinique. La plupart des commentateurs du

DSM-III, qu'ils en fassent l'éloge ou la critique, s'accordent pour dire que les troubles affectifs ou thymiques deviennent prépondérants et que le champ de la dépression tend à s'élargir[600]. La dépression névrotique est le maillon le plus faible de l'ensemble dépressif parce que, d'une part, elle est la plus diagnostiquée[601] et que, d'autre part, elle concentre le maximum de désaccord[602] parmi les psychiatres : la dépression névrotique du DSM-II (1968) devient un trouble dysthymique dans le III, tandis que l'hystérie est démembrée dans les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs. « Le DSM-III souhaite bon voyage non seulement au modèle conflictuel de l'approche dynamique, mais aussi à une plus large tradition dans laquelle l'anxiété était liée à la structure de la personnalité. [...] L'anxiété n'était plus considérée comme la conséquence d'une structure de la personnalité, mais comme un symptôme en lui-même[603]. » Quant à la notion de trouble de la personnalité, elle se réfère à la continuité des symptômes sur la longue durée.

Dans la mesure où l'on sait enfin de quoi l'on parle (les syndromes sont clairement décrits), le rôle du clinicien consiste alors seulement à choisir le traitement adéquat, qu'il soit chimiothérapeutique, cognitif, comportementaliste ou psychanalytique, en fonction de ses cotations — le DSM-III-R a d'ailleurs ajouté un arbre de décision pour aider le clinicien. Ces syndromes sont des « entités discrètes », c'est-à-dire des symptômes corrélés systématiquement. La recherche de structures sous-jacentes est abandonnée, et le mot maladie remplacé par celui de trouble *(disorder)*. Il est non seulement plus logique que celui de « maladie », mais possède en outre l'immense avantage de l'imprécision, comme le reconnaît explicitement la psychiatrie[604]. Le DSM se caractérise par des combinaisons stables de symptômes dont le processus de formation, de type névrotique ou psychotique,

importe peu. Une recherche psychiatrique s'appuyant sur des données statistiques remplace la recherche clinique qui n'a plus guère d'utilité. Le modèle de la maladie est ici déficitaire et est centré sur l'affect.

Une frontière vite franchie entre recherche et clinique

Le DSM-III a suscité d'intenses controverses, car il a représenté un changement dans la conception des maladies mentales. Le psychiatre américain Mitchell Wilson le résume fort bien : la notion d'inconscient n'a plus aucune importance, la dimension temporelle est marginalisée (les symptômes ne prennent pas sens dans l'histoire d'une personne), la personnalité joue un rôle tout à fait secondaire. « Plus encore, ajoute-t-il, l'insistance sur la description soignée *(careful description)* nourrit la confusion entre le facilement observable et le cliniquement pertinent[605]. »

L'un des points de la controverse concerne les rapports entre les notions de fidélité et de validité. La fidélité, on l'a vu, est une opération qui consiste à faire en sorte que deux cliniciens examinant indépendamment un même patient fassent le même diagnostic. Le DSM est construit, à partir de sa troisième version, pour améliorer la fidélité interjuge. Sur le plan de la recherche épidémiologique, ce point est décisif : on peut enfin enquêter en étant d'accord sur les catégories étudiées et faire des comparaisons aboutissant à des résultats pertinents. Il est particulièrement utile pour repérer les facteurs de risque qui sont essentiels pour l'épidémiologie.

Sur le plan clinique, le problème est différent : la validité concerne la nature du trouble, autrement dit, la valeur de la catégorie dans laquelle est inclus le trouble. On est en droit de

parler de validité quand on peut établir la relation entre un syndrome et une lésion ou un processus pathologique qui en est la cause (la fidélité ne concernant que l'accord sur la reconnaissance du syndrome). Or nous savons qu'en matière de troubles mentaux une telle validité ne peut être obtenue de façon consensuelle.

Le fait que le raisonnement psychiatrique du DSM soit centré sur la fidélité pose un problème clinique qui est bien souligné par un épidémiologiste français en 1978 : « Il ne faudrait pas que les troubles thymiques, qui sont un paramètre important de presque toute maladie mentale, cernés dans leur contenu sur un mode descriptif et rapidement jugulé sur le plan thérapeutique par les antidépresseurs, occultent dans l'esprit du praticien ou du chercheur la maladie mentale ou la structure pathologique sous-jacente. Ainsi, une grande partie des structures pathologiques considérées comme des dépressions, enregistrées et traitées comme telles à court terme, entraîneraient en conséquence une tendance à négliger ou à nier les maladies mentales sous-jacentes à la symptomatologie dépressive[606]. » Autant ce problème n'a aucune importance pour la recherche (la fidélité est la condition de résultats scientifiquement validables), autant il est décisif pour la clinique, au risque de laisser perdurer la pathologie en se concentrant exclusivement sur le syndrome[607]. André Haynal le souligne de manière différente : « Les discussions des critères nous rendent sensibles au fait que nous ne savons pas de quoi nous parlons, par exemple lorsque nous parlons de *malades* dépressifs[608]. »

En effet, si l'on ne sait pas de quoi l'on parle, quel sens peut avoir le mot « soigner » ? Le DSM est un outil construit pour les chercheurs, mais quand il est utilisé par les cliniciens comme technique diagnostique, il risque de restreindre la médecine à la stricte reconnaissance des syndromes et de s'arrêter là. Le psychiatre

est susceptible de confondre sa position de chercheur (fidélité) et sa position de clinicien (validité). C'est là toute l'ambiguïté du DSM : construit pour la recherche, il est également utilisé pour la clinique. « Les besoins du chercheur et du clinicien sont pourtant très différents. Ainsi, le réductionnisme privilégiant dans l'étiopathogénie les facteurs biologiques *ou* psychologiques *ou* sociaux est admissible et même recommandable dans la recherche, alors qu'il est ruineux pour la prise en charge[609]. »

Déclin des névroses, fin d'une psychiatrie ?

La sortie de la tripartition endogène, psychogène, exogène s'opère ainsi de deux manières : l'action chimique sur la pathologie mentale ne nécessite plus nécessairement l'écoute d'un sujet, mais le repérage des symptômes du patient ; la notion de *donnée* sert à corréler des symptômes afin de les regrouper dans des catégories syndromiques. L'étiologie n'est plus un mode pertinent de classement. Définir le type de sujet qui ferait telle dépression plutôt que telle autre n'a guère d'importance pratique pour agir sur le mal. Difficile à utiliser en médecine générale, d'autant plus que de nouveaux problèmes apparaissent en psychopathologie avec les débats sur les pathologies narcissiques, rien dans la dynamique interne à la psychiatrie ne favorise une référence au conflit pour prendre en charge la diversité pathologique. Le conflit, satisfaisant peut-être sur le plan intellectuel, n'a pas donné les preuves de son efficacité sur le plan thérapeutique, et le type de névroses dont il est la cause est peut-être minoritaire comparé à l'importance des pathologies du vide. Le déclin de notre tripartition indique que le

système psychiatrique devient non pas hostile, mais indifférent à l'égard de la notion de sujet.

Si la première révolution psychiatrique, celle des traitements de choc puis des médicaments, a rendu possible l'usage complémentaire d'un modèle déficitaire et d'un modèle conflictuel, la deuxième révolution, celle de la nosographie, en a signé le divorce. C'est la fin de l'axe Janet-Cerletti-Freud qui permit de comprendre comment la pathologie d'un sujet pouvait être biologiquement guérie. La période que nous venons d'examiner ouvre effectivement une nouvelle ère : commence à s'imposer en psychiatrie l'idée que l'on peut soigner le désordre de l'esprit ou du comportement par le seul traitement biologique. L'action chimique sur l'esprit pathologique n'est plus un potentialisateur de psychothérapie : les baisses de l'humeur ou les somatisations en tout genre sont susceptibles d'être soignées sans que les conflits intrapsychiques aient besoin d'être clarifiés.

En une dizaine d'années, la psychiatrie opère son *aggiornamento* : l'affect, la thymie, l'humeur sont les éléments à partir desquels sont pensés le trouble mental et sa prise en charge thérapeutique. Le crépuscule de la névrose recouvre celui du conflit. Le type d'écart à l'intérieur de soi entre deux termes qui s'opposent et sont en rapport perd largement de son intérêt sur le front médical. C'est cet écart que méconnaît le modèle déficitaire de la maladie quand il n'est plus soutenu par le modèle conflictuel, qu'il s'agisse de psychothérapie ou de psychiatrie biologique. On a là le ressort des polémiques futures sur les frontières du normal et du pathologique. « Apparaît en pointillé [...] l'existence d'une personnalité sans conflit », écrit Lucien Israël dans une vive critique des nouvelles classifications[610].

L'alliance du déficit et du conflit permettait au psychotrope d'être *uniquement* un médicament. Leur séparation conduit à la question : drogue ou médicament ? « Bien souvent le déprimé n'a pas à rechercher activement le secours de la drogue ; ses médecins se chargent de faire de lui un intoxiqué "passif". Est-ce vraiment indispensable ? Est-ce un progrès thérapeutique ? dans la mesure où la vraie personnalité du patient se voit ainsi masquée de l'extérieur et entraînée dans une voie qui coupe justement la liaison affective qui rendait possible un abord psychologique[611]. » La substance agit directement sur les affects, mais, soulignent les psychanalystes, ne permet pas au patient d'élaborer son système de défense — du moins quand cette action ne s'accompagne pas d'un travail avec le patient qui est simultanément un travail du patient. Il se produit un court-circuit avec soi-même, au sens où le sujet n'est pas placé dans les conditions lui permettant de mettre par lui-même ses conflits à distance.

Le divorce entre le modèle conflictuel et le modèle déficitaire est favorisé par les normes de multiplication de soi, qui suscitent l'illusion qu'on peut se débarrasser de l'immaîtrisable, et par l'insécurité identitaire, qui nous rappelle que c'est une illusion. La rencontre entre la dynamique d'émancipation, qui libère l'individualité de la discipline et du conflit, et les transformations internes à la psychiatrie, qui fournissent des réponses pratiques aux problèmes créés par cette libération, signale un changement de style du désespoir. Le déclin de la névrose au profit de la dépression est bien la fin d'une psychiatrie, mais il indique également le déclin d'une expérience collective de la personne qui s'exprimait à la fois par l'assujettissement disciplinaire et par le conflit. Il y a là un changement dans la subjectivité des modernes.

« Dans les circonstances actuelles, écrit un psychiatre en 1973 avec un certain sens prémonitoire, je crains que, si le concept de “dépression” en venait à être exploité avec trop d’enthousiasme, cela pourrait mettre en danger le rôle thérapeutique que les agents thymoanaleptiques ont joué avec succès jusqu’à présent. En d’autres termes, en suscitant des doutes sur la validité diagnostique de la “dépression”, cela pourrait décourager l’usage des antidépresseurs dans leurs indications spécifiques. Nous devrions, je pense, ajoute-t-il, prendre garde à ne pas accorder une attention excessive à l’humeur des patients. Cela pourrait conduire à des formes d’extrémisme et de superficialité comparables à celles que nous accordons aujourd’hui à la moindre petite indisposition résultant de fluctuations mineures de la pression sanguine[612]. » En effet, cette exploitation finit par susciter un soupçon : les médications n’altèrent-elles pas la personnalité au lieu de soigner des pathologies ? De nouvelles manières de nous débarrasser de la dépression ou de l’alléger conduisent à la crainte que nous fassions de notre psyché, comme l’écrit Pierre Legendre, « un montage réglable[613] ». Si tout est possible, tout est-il permis ? Comme nous sommes en France, les bouleversements internationaux du trouble mental seront pris dans notre bonne tradition de la métaphysique du Sujet. On ira même jusqu’à craindre sa disparition. N’assistons-nous pas plutôt à sa mue progressive ?

TROISIÈME PARTIE

L’INDIVIDU INSUFFISANT

« La physiologie de l'automatisme est plus aisée à faire que celle de l'autonomie. »

Georges CANGUILHEM,

La Formation du concept de réflexe aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, 1955.

« La dépression n'est pas un état subjectif, c'est un style d'action. »

Daniel WIDLÖCHER,

« L'échelle de ralentissement dépressif :
fondements théoriques et premières applications », 1981.

L’action pathologique, deuxième changement dans la figuration du sujet

Le système de normes définissant le sujet de la première moitié du XX^e^ siècle connaît un premier infléchissement. Devenir semblable à soi-même singularise « l’esprit général » de la nouvelle normalité. Au niveau pathologique, la clinique, surtout analytique, déplace son attention d’un territoire où le conflit, la culpabilité et l’angoisse dominent, vers un espace où l’insuffisance, le vide, la compulsion ou l’impulsion dessinent les traits de l’homme pathologique. Dans la nouvelle normativité et la nouvelle psychopathologie, il s’agit moins d’identification (à des images parentales bien dessinées ou à des rôles sociaux clairement définis) que d’identité. L’identité est le premier vecteur de redéfinition de la notion de personne aujourd’hui. Au cours des années 1980, l’affirmation de soi est à ce point entrée dans les mœurs que la ménagère de moins de cinquante ans n’hésite guère à nous livrer les moindres détails de sa vie privée à la télévision.

Cette décennie innove sur un deuxième plan. Il ne s’agit pas seulement de devenir soi, de partir béatement à la recherche de son « authenticité », il faut encore agir par soi-même, s’appuyer sur ses propres ressorts internes[614]. Le deuxième vecteur de l’individualité fin de siècle est celui de l’action individuelle.

Aux évangiles de l'épanouissement personnel s'ajoutent les tables de l'initiative individuelle. La question de *l'identité* et celle de *l'action* se nouent de la manière suivante : versant normatif, l'initiative individuelle s'ajoute à la libération psychique ; versant pathologique, la difficulté à initier l'action s'associe à l'insécurité identitaire. Le recul de la régulation par la discipline conduit à faire de l'agent individuel le responsable de son action. Parallèlement, la pensée psychiatrique considère de plus en plus que le trouble fondamental de la dépression est psychomoteur : l'action en panne détrône l'humeur troublée. Commettre une faute à l'égard de la norme consiste désormais moins à être désobéissant qu'à être incapable d'agir. Il y a là une autre conception de l'individualité.

Le chapitre VI développe l'hypothèse que la dépression se caractérise désormais par deux traits principaux intriqués l'un dans l'autre. D'abord, la notion même de syndrome dépressif explose. Ensuite, le regard psychiatrique se centre sur l'action pathologique : l'inhibition et le « ralentissement psychomoteur » dominent sur la douleur morale et la tristesse. Au même moment, l'industrie pharmaceutique lance une nouvelle génération de molécules avec des promesses inédites de guérison. Cette inflexion de l'abord psychiatrique de la dépression se fait dans un contexte où les exigences d'action qui pèsent sur chaque individu s'accroissent. Elles engendrent des demandes de soutien médicamenteux. La littérature psychiatrique s'en fait l'écho, les médias s'inquiètent, les pouvoirs publics constituent des commissions ou commandent des rapports qui sont d'ailleurs sans conséquence sur l'action publique.

Le dernier chapitre montre que la dépression devient au même moment une pathologie identitaire chronique. La raison tient au basculement du territoire névrotique, avec ses troubles de la personnalité de longue durée, dans le continent dépressif. Entre le

trouble de l'humeur que l'on a (au cours d'un épisode dépressif) et la personnalité troublée que l'on est, la distinction perd par la même occasion son ancienne productivité. La chronicité engendre une crise de l'idée de guérison. En ressort une figure de portée générale : le valide invalide. J'y vois moins une preuve supplémentaire de la trop fameuse crise du sujet qu'un déplacement de l'expérience de la subjectivité, une réorganisation des rapports entre le privé et le public où se joue l'intime contemporain. Les réponses apportées à la crise de la guérison suggèrent qu'il ne s'agit plus tellement aujourd'hui de guérir de quelque chose que d'être *accompagné* et *modifié* plus ou moins constamment, et cela tant par le pharmacologique, le thérapeutique que le socio-politique.

CHAPITRE VI

LA PANNE DÉPRESSIVE

L'accent traditionnel porté sur la douleur morale se décentre vers l'action pathologique : les dérèglements de l'humeur seraient moins caractéristiques de la dépression que les dérèglements de l'action. Ils sont la cible privilégiée des molécules : en ramenant l'individu à l'action, elles améliorent son humeur. L'insécurité identitaire, nous l'avons vu, l'action déréglée, nous allons le voir, sont les deux faces des états dépressifs à la fin du XX^{e} siècle. La dépression incarne alors non seulement la passion d'être soi et la difficulté à l'être, mais également l'exigence d'initiative et la difficulté à l'assurer. Comment bien engager l'action ? Chacun est enjoint à agir par lui-même en mobilisant ses affects au lieu d'appliquer des règles extérieures. Cette normativité implique une autre intériorité, un autre corps que celui exigé par la discipline.

Des dérèglements de l'humeur aux dérèglements de l'action

La tradition psychiatrique avait globalement divisé les états dépressifs en deux gros blocs : la douleur morale, autrement dit une souffrance spécifiquement psychique, et un ralentissement général de la personne qui se manifeste par de l'inhibition, de l'asthénie, un

ralentissement général des mouvements du corps et de la pensée. Ce second bloc concerne les aspects les plus corporels de la dépression et, plus précisément, ce qu'il y a d'animal dans l'homme, à savoir la motricité. En effet, quand les études animales parlent de dépression, elles mettent en avant des comportements ralentis ou agités — on ne peut savoir si un rat est triste, on peut en revanche observer son comportement sous l'effet d'une série de stress. C'est *le mouvement* qui est concerné. La dépression est l'absence de mouvement dans son aspect mental.

S'il existait depuis longtemps en psychiatrie un débat pour savoir lequel de ces deux blocs était le plus caractéristique de la dépression, le ralentissement était plutôt considéré comme une conséquence de la douleur morale. Couplé à l'absence de délire de culpabilité, ce trait permettait de distinguer de la mélancolie toutes les formes de dépression. La mélancolie est un trouble de l'élan vital, la dépression un trouble de l'humeur qui colore en gris tous les sentiments et, pour cette raison, affecte le mouvement. Or on a vu qu'une décentration de la passion triste vers l'anxiété et l'inhibition s'opère à partir de la seconde moitié des années 1970. Ainsi ne doivent plus être considérées comme des dépressions, explique-t-on aux généralistes, ces « états assez fréquents marqués par une tristesse plus que par une humeur réellement dépressive et où manquent les signes somatiques[615] ». Le ralentissement psychomoteur et les perturbations du sommeil forment le gros du tableau clinique. Le manque d'initiative est le trouble fondamental du déprimé. La douleur morale se voit grignotée par le thème de l'émoussement affectif : cette sorte d'indifférence est à l'humeur ce que l'apathie est à l'action.

Un nouveau point de vue psychiatrique commence à s'imposer, surtout en France et dans une partie des pays européens. Ce point de

vue est appelé « transnosographique ». Le concept clé de son analyse n'est plus le syndrome, relégué aux oubliettes parce qu'il relève d'une nosographie inadéquate des troubles mentaux, mais la *dimension*. Deux dimensions principales ressortent : l'inhibition et l'impulsivité. Or celle-ci est l'envers de celle-là. Elles sont les deux faces de la pathologie de l'action : dans l'inhibition, l'action est absente ; dans l'impulsivité, elle est non contrôlée. Le territoire de l'apathie, dont l'impulsion est en général le masque, recouvre désormais celui de la dépression.

La dimension ou l'éclatement de la dépression

La place de la fatigue dans la dépression est discutée depuis longtemps : est-elle un symptôme secondaire ou primordial dans le trouble thymique ? Résulte-t-elle du pessimisme, du désintérêt et de l'absence de motivation du déprimé ? Précède-t-elle l'accès dépressif proprement dit, c'est-à-dire l'apparition du trouble de l'humeur ? À la Salpêtrière, Daniel Widlöcher met au point avec son équipe, à la fin des années 1970, une échelle de « ralentissement psychomoteur[616] ». Les analyses statistiques effectuées par cette équipe sur des patients traités aux antidépresseurs montrent qu'il existe des liens étroits entre l'asthénie et le ralentissement : « Le symptôme fatigue est corrélé principalement à l'ensemble des traits que nous rassemblons sous le terme général de ralentissement psychomoteur[617]. » Cette fatigue a deux aspects : produite par des ruminations et des obsessions, elle relève de la psychasthénie au sens de Janet et se manifeste par « l'incapacité de l'action ». Elle est également la façon dont la personne ressent le ralentissement, son

« expression subjective[618] ». L'inhibition commence cahin-caha à passer au centre de la dépression.

La douleur morale est la conséquence d'un ralentissement de type psychomoteur. C'est pourquoi la dépression est, selon Daniel Widlöcher, « un style d'action ». Elle est, comme l'angoisse, une réponse comportementale globale. Il développe cette thèse dans un livre publié en 1983 : l'angoisse et la dépression sont « deux réponses élémentaires qui fonctionnent secondairement comme des signaux vis-à-vis de l'entourage et vis-à-vis du Moi. L'angoisse réalise bien un comportement mental de lutte vis-à-vis des tensions intérieures et des dangers extérieurs ; le repli dépressif constitue en revanche une attitude protectrice de retrait qui permet au sujet de survivre quand il ne dispose plus de la faculté de lutter[619] ». L'angoisse est un moteur de la lutte, et la dépression son abandon. Il y a dans la dépression, cette psychologie de l'infériorité, une vulnérabilité que connaît beaucoup moins l'angoisse.

Widlöcher appuie son analyse sur l'action des antidépresseurs classiques : « On sait que les antidépresseurs sont particulièrement efficaces dans les formes où la fatigue ne s'accompagne pas de douleurs morales, alors qu'ils sont sans effet sur la tristesse si celle-ci ne s'accompagne pas d'une certaine inhibition. Ce ne sont pas des "euphorisants" ni des "analgésiques", mais des désinhibiteurs[620]. » *Désinhibiteurs*, voilà un mot clé. Les antidépresseurs traitent les dysfonctionnements du *mouvement* dans leurs aspects mentaux. Ils restaurent les pouvoirs de l'action et améliorent l'humeur dans la foulée lorsqu'elle est déréglée. D'ailleurs, les cliniciens constatent de plus en plus que les antidépresseurs agissent sur des états morbides autres que la dépression et dans lesquels on ne trouve ni anxiété ni douleur morale.

Il avait certes été noté depuis longtemps que les antidépresseurs pouvaient être utilisés hors de la dépression[621]. Indépendamment de toute pathologie dépressive associée, ils sont aujourd'hui indiqués pour les troubles paniques, les phobies, le stress posttraumatique, les troubles de l'impulsivité, l'anxiété généralisée[622], les troubles alimentaires, les dépendances à l'alcool, au tabac ou à l'héroïne, l'autisme, le syndrome de Gilles de la Tourette, etc.[623]. Ils agiraient également sur les céphalées, les migraines, les douleurs neurologiques ou cancéreuses[624]. Les imipraminiques possèdent une efficacité sur l'énurésie, l'akinésie de la maladie de Parkinson, etc.[625]. Depuis le début des années 1980, un trouble que l'on croyait auparavant rare fait l'objet de très nombreux travaux : « Les troubles obsessionnels compulsifs, que les nomenclatures modernes rangent dans le chapitre des pathologies anxieuses, ont [...] fort à faire avec la dépression[626]. » Ils ont remplacé l'ancienne névrose obsessionnelle[627] et sont très sensibles aux ISRS, y compris lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de dépression.

D'où l'interrogation sur le mot même d'antidépresseur que psychiatres et pharmacologues ne savent plus exactement comment définir. « L'utilisation des antidépresseurs, note un pharmacologue, déborde maintenant largement le traitement de la dépression, et ceci pose donc le problème de savoir ce qu'est réellement un antidépresseur[628]. » La diversité des plaintes plus ou moins bien définies pour lesquelles ces molécules ont une efficacité est telle que la notion de dépression ébranle les digues du syndromique. N'y a-t-il pas là l'issue logique du destin de la dépression ? N'est-elle pas une pathologie impossible à définir, une maladie trompeuse, un concept « mal expliqué mais dans lequel toute l'organisation de l'individu paraît impliquée[629] », bref, une réponse comportementale globale ?

La maladie d'où peuvent sortir toutes les maladies est « un bon "terrain" pour les autres troubles psychiatriques[630] ».

La critique de la conception syndromique des DSM est influente en France. Elle renouvelle la tradition de la dissection pharmacologique, car le médicament est un analyseur des comportements. Ce sont donc les psychotropes qu'il faut classer et non les maladies ou les syndromes. Le médicament doit être prescrit pour son effet sur une dimension clinique, et non en fonction d'une nosographie. Une dimension est un trait, comme on parle d'un trait de caractère inhibé ou impulsif. Peu importe qu'on ait affaire à un état dépressif, anxieux, etc., car ce trait se retrouve dans une multiplicité de syndromes : c'est sur lui qu'il faut agir.

Cette analyse a été élaborée sur des bases psychiatriques. Une approche similaire s'est développée à partir de la biochimie. Elle s'appuie sur le succès de l'hypothèse monoaminergique et les résultats pratiques que les travaux sur la sérotonine ont permis avec les ISRS. Un ouvrage consacré à la sérotonine, publié en 1991 aux États-Unis, recense son rôle dans les nombreux symptômes psychiatriques et en fait l'analyse[631]. L'insuffisance ou l'excès de sérotonine ne signifie ni qu'elle est la cause de ces multiples troubles ni que les autres neurotransmetteurs ne sont pas impliqués. La sérotonine est considérée comme le vecteur neurochimique de l'équilibre de la personne[632]. Or les dysfonctionnements de l'équilibre forment un couple de dimensions opposées : l'inhibition et l'impulsivité. L'hypothèse dimensionnelle conduit à revenir à la notion de réaction, comme le soulignent autant van Praag que Widlöcher[633], notion qui dominait le raisonnement psychiatrique américain avant que cette discipline ne se convertisse à la psychiatrie biologique.

Le succès de cette approche résulte sans doute aussi de son adéquation aux pratiques des généralistes : ils ont tendance à faire des diagnostics de type dimensionnel[634]. En outre, plus que les spécialistes, ils accordent une plus grande importance au court terme qu'au long terme, ainsi qu'au confort du patient.

Inhibition et impulsivité : les deux faces de l'action pathologique

Si l'on a affaire à un patient « hyposérotoninergique », la dimension d'impulsivité domine, avec ses violences soudaines, ses idées suicidaires, ses passages à l'acte explosifs, ses boulimies et ses comportements addictifs (alcoolisme autant que jeu pathologique)[635]. Si l'on a affaire à un « hypersérotoninergique », l'inhibition est massive. L'impulsivité est la difficulté à contrôler l'action, l'inhibition est l'action empêchée. Elle est « le concept cardinal de la dépression[636] ».

Le premier colloque français sur ce thème se tient en 1978. Les orateurs soulignent avec une belle unanimité que l'inhibition est aussi fréquente que peu spécifique. « Le concept d'inhibition ne peut s'appliquer qu'à quelque chose qui est de l'ordre de l'initiative personnelle [...]. L'inhibition retient l'acte, l'expression, le comportement[637]. » Retenue, figement, freinage, suspension de l'activité, etc., c'est le langage de l'apathie. L'impulsivité en relève également, car elle n'est pas le contraire de l'inhibition, mais le masque derrière lequel se dissimule l'apathie[638], une réaction secondaire. Polymorphe, elle possède une fonction : se protéger de l'angoisse[639] — d'où la crainte traditionnelle du suicide avec les antidépresseurs qui lèvent l'inhibition avant d'améliorer l'humeur. Or cette crainte recule, on l'a vu, avec les antidépresseurs lancés à

partir de 1975. Cela contribue sans doute à accroître la place de l'inhibition et à restreindre celle de la douleur morale.

Les trois domaines interdépendants de la réflexion clinique, des travaux biologiques sur les monoamines et de la recherche pharmacologique pratiquée dans les entreprises pharmaceutiques conduisent tous à mettre en avant ces deux concepts. Indécision, atermoiement, évitement, blocage physique, émotionnel ou cognitif, d'un côté, incapacité d'attendre, d'accepter les contraintes, prises de risques, instabilité, irritabilité, de l'autre. Excès et manque de contrôle de soi sont des troubles de la volonté[640]. « L'efficacité même du sujet [...] se trouve plus ou moins contrainte[641]. » Leur transnosographisme[642] révélerait « la stabilité de certains profils comportementaux tout au long de la vie », autrement dit, ce que classiquement on appelait *un caractère*. Il semble y avoir des liens étroits entre les dimensions et le *tempérament*. On peut donc « envisager une vulnérabilité héréditaire[643] ». Ne retrouve-t-on pas sur le versant psychiatrique ces pathologies narcissiques, ces névroses de caractère, dont la psychopathologie analytique française avait soudainement découvert l'importance ?

La notion d'inhibition possède un double avantage qui la rend très opératoire : se retrouvant dans une multitude de syndromes, elle est très générale, et les antidépresseurs ont pour commune mesure de bien agir sur elle. On comprend qu'elle soit devenue un concept inflationniste[644]. L'inhibition serait la plainte majeure chez plus d'un tiers des consultants en médecine générale au cours des années 1990 : la fatigue et l'insomnie, le sentiment de blocage, les problèmes de mémoire et de concentration dessinent le paysage mental de l'inhibé[645]. Or l'épidémiologie nous a appris que les médecins généralistes sont plus attentifs aux baisses (inhibition, fatigue, douleur morale, etc.) qu'aux hausses (hypomanies, etc.). De

plus, l'anxiété, l'insomnie et la fatigue sont les plaintes les plus fréquemment exprimées et sont chacune, bien que de manière différente, associées à de l'inhibition. Il est donc cohérent d'en faire une dimension commune. Cette construction a également le grand avantage de surmonter un problème difficile pour les omnipraticiens : la différence entre une névrose asthénique et un état dépressif[646]. Il n'est donc plus nécessaire de différencier névrose et dépression. Voilà un problème pratique enfin résolu.

Les antidépresseurs sont des régulateurs de l'action. Ils modifient les états mentaux en répartissant de façon optimale les flux énergétiques de baisse et de hausse. Seulement, la distinction entre antinévrotique et désinhibiteur est difficile à établir parce que l'inhibition est aussi une caractéristique de la névrose[647] : le sujet se protège de l'angoisse, résultant du conflit intrapsychique, par l'inhibition. Celle-ci conduit les névrosés à des pratiques de désinhibition au moyen de drogues et surtout d'alcool[648]. La dépendance est le risque de cette automédication.

Dans le registre névrotique, « l'inhibition, écrit Guyotat, apparaît comme un mécanisme de défense contre l'efflorescence pulsionnelle[649] ». Mais si on se centre sur la seule inhibition, la pathologie est dans la perspective janetienne de la difficulté d'agir : le déficit est en cause. L'inhibition est très nettement un des ressorts du basculement de la névrose dans la dépression.

Asthénie : les nerfs, l'esprit et l'hystérie

La vogue de l'inhibition en psychiatrie marque simultanément le retour de la neurasthénie et de la psychasthénie. Mais à la référence au vieux langage des nerfs (Beard) ou à celui des idées obsédantes (Janet) se substitue celui de la transmission neurochimique.

« La neurasthénie, écrit Pierre Pichot en 1994, se cache désormais sous le masque de la dépression. » Le sentiment de fatigue n'est-il pas fort répandu en médecine générale[650] ? Elle apparaît sous un autre nom dans les DSM[651], mais est incluse dans la section maladie mentale de la classification de l'OMS, qui précise d'ailleurs qu'on ne porte plus ce diagnostic et qu'il a été remplacé par celui de troubles dépressifs ou anxieux[652]. Les tableaux dominés par l'épuisement physique et mental sont des plus courants[653]. Ainsi du syndrome de fatigue chronique (SFC)[654].

Mais à ceux qui invoquent les asthénies répondent ceux qui convoquent l'hystérie. Comme toujours, la maladie insaisissable apparaît sous de multiples formes (dans les dépressions, les pathologies alimentaires ou les personnalités multiples[655]), mais l'hystérique est surtout fatiguée et inhibée, elle émet des demandes médicamenteuses qui la conduisent à des appétences addictives. Sa dépression est dominée par l'asthénie ou par des douleurs corporelles variées. On décèle chez certaines hystériques une structure toxicomaniaque, « la douleur est prétexte à une demande de barbituriques, d'anxiolytiques, de stimulants amphétaminés[656] ». Elles ont besoin de toniques contre la fatigue, d'antalgiques contre les maux de tête ou d'anxiolytiques contre l'angoisse, etc. On les trouve plus souvent chez les généralistes que chez les psychanalystes[657]. L'hystérie ne se manifeste plus par les spectaculaires paralysies des femmes élevées dans une culture du péché et du devoir. Au lieu d'une forme de délire corporel, une fatigue lancinante, au lieu d'une paralysie corporelle, un corps spectaculairement épuisé, reconnaissable dans le langage dépressif. Fatigue, anxiété et insomnie s'expriment peut-être d'autant plus dans les cabinets médicaux que ce sont les thèmes les plus traités par les magazines[658]. « Le désir de rivalité, de lutte et la crainte de

l'affronter nous apparaît comme étant un des conflits essentiels du sujet fatigué », écrivent deux psychiatres-psychanalystes[659]. Le conflit psychique n'a pas disparu, il se cache dans la perte d'énergie sur laquelle agissent si bien les antidépresseurs.

Une excellente conjoncture pour souffrir ?

« Agissent si bien » : le mot n'est pas trop fort si l'on en croit les bonnes nouvelles annoncées par les prophètes de la psychiatrie biologique — les cassandres se trouvant plutôt dans les courants psychanalytiques. « Vous n'auriez pas pu choisir un meilleur moment dans l'histoire humaine pour vous sentir malheureux[660] », écrit le psychiatre américain Mark Gold dès la première ligne de son livre *The Good News about Depression*. Les premières bonnes nouvelles sont pharmacologiques : une nouvelle génération d'antidépresseurs fait son entrée sur le marché au cours des années 1980, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ils ont changé, écrit Gold, « la manière dont nous diagnostiquons la dépression — et peut-être même la manière dont nous la définissons ». Les secondes sont institutionnelles : la reconnaissance de la psychiatrie biologique (qu'il faut appeler, souligne-t-il, « la psychiatrie médicale ») comme norme de la profession et son intégration dans la médecine. En effet, et c'est encore une bonne nouvelle, « de très nombreux psychiatres sont redevenus des médecins et pensent comme des médecins », car « la dépression peut être une maladie biologique pour laquelle vous avez besoin de médecins[661] ».

Dans la troisième version du DSM, Robert Spitzer précisait qu'il n'existait « aucune définition satisfaisante du "trouble mental" (cela vaut également pour d'autres concepts comme celui de trouble physique et celui de santé, physique et mentale)[662] ». Dans la quatrième version, Allen Frances regrette de n'avoir pas pu abandonner « le terme trouble mental », la « distinction entre troubles "mentaux" et troubles "physiques" » est réductionniste. « Malheureusement, le terme est conservé dans le DSM-IV parce que nous n'avons pas trouvé un substitut adéquat[663]. » Et l'on peut avancer sans risque l'hypothèse que l'on ne trouvera jamais ce substitut. En effet, aucun médecin ne parle de maladie en y accolant l'étiquette « trouble physique ». Pour se débarrasser du dualisme, il faudrait un langage qui n'oblige pas à employer les mots « corps » et « esprit ». Or l'esprit ne peut pas être observé au même titre qu'un phénomène physique. Il y a donc là un pur effet rhétorique qui identifie entièrement la médecine mentale au reste de la médecine parce que sa spécificité est abolie : le trouble de l'esprit ne concerne plus les difficultés d'une personne, mais une maladie qui affecte un patient délestée de sa face d'agent. Cet effet résulte d'un processus de rebiologisation du psychisme[664]. Le refus du dualisme sous toutes ses formes est l'axe de la médicalisation de la psychiatrie : la pathologie de l'esprit est celle d'un organe malade, et cela d'autant plus, rappelons-le, que l'affect est la partie de l'esprit la plus « corporelle ». Nous sortons ainsi d'une problématique où la pathologie est aussi une expérience dont il y a quelque chose à apprendre pour pouvoir « guérir ». Les nerfs malades sont aujourd'hui des déséquilibres neurochimiques. « La science, écrit une journaliste américaine, a découvert que ce dont les gens font l'expérience quand ils touchent le fond n'est aucunement "névrotique". Les données scientifiques montrent que ces maladies

ne sont pas moins “physiques” que le diabète, pas plus “mentales” que la migraine[665]. »

La tendance à la rebiologisation du trouble mental est très nette dans la psychiatrie universitaire française. Elle passe par un tour de magie qui consiste à identifier syndrome et maladie, comme en témoigne par exemple le titre de plusieurs livres publiés depuis 1980 sur la *maladie* dépressive. On n’écrit plus de traités de psychiatrie, mais des ouvrages spécialisés sur les schizophrénies, les anxiétés, les dépressions ou les addictions. La psychiatrie se fragmente en cliniques spécialisées[666]. La dépression s’insère naturellement dans cette tendance avec le triple déclin des notions de névrose, de conflit et de culpabilité. La victoire du modèle déficitaire se manifeste par l’affirmation que la personne est l’objet de sa maladie, elle n’y participe pas : elle est la victime d’un processus. La dépression devient ainsi une maladie comme les autres.

Si la conjoncture est excellente pour souffrir, son interprétation n’est pas dénuée d’ambiguïtés : les nouveaux antidépresseurs guérissent-ils mieux la variété des états dépressifs ou ont-ils des avantages permettant d’étendre le traitement à des catégories de malades qui n’en relevaient pas auparavant ? La réponse à cette question implique d’évaluer les progrès apportés à la thérapeutique psychiatrique par la biochimie des dépressions. Le point clé est l’analyse des mécanismes bloquant la transmission de l’information dans les systèmes neuronaux.

La sérotonine, une voie neuronale à la mode

En introduisant le numéro spécial de *La Revue du praticien* consacré à la dépression en 1985, Daniel Widlöcher note que « les antidépresseurs ne constituent pas une médication de confort, leur effet psychostimulant est très spécifique. Administrés à des personnes qui ne présentent pas de signe de dépression, leurs effets secondaires s'ajoutent à un effet spécifique qui n'a rien d'agréable[667] ». Or cette situation est en train de se modifier avec le lancement des ISRS.

La sérotonine est *le* grand sujet d'actualité en psychiatrie depuis une quinzaine d'années. Le nombre d'articles consacrés à son implication dans telle ou telle pathologie est inimaginable. Des ouvrages entiers lui sont consacrés. Sérotonine et anxiété[668], sérotonine et troubles obsessionnels-compulsifs, sérotonine et surcharge pondérale, sérotonine et phobie, etc., ce neuromédiateur, dont on a pu recenser de nombreuses familles de récepteurs depuis les années 1980, apparaît comme le carrefour d'une multitude de symptômes. « La sérotonine est devenue la cible de recherches intensives de la part des entreprises pharmaceutiques », peut-on lire dans le *Financial Times* en octobre 1992[669]. « La sérotonine est une énigme. Elle est virtuellement impliquée dans tout, mais n'est responsable de rien », font écho en 1995 deux neurobiologistes dans un ouvrage extrêmement technique qui réunit le gotha de la psychopharmacologie[670]. Au XIX^{e} congrès du Collegium Internationale Neuropsychopharmalogicum (CINP) à Washington en juin 1994, soixante-neuf communications étaient consacrées à la sérotonine et deux seulement à la noradrénaline. Ce neuromédiateur mobilise non seulement les savants, mais, au moins aux États-Unis, le grand public également. Avec la sérotonine, cette chose extrêmement technique qu'est un neuromédiateur est sortie du domaine savant, *via* le Prozac, pour faire l'objet de nombre d'articles

dans la presse et les magazines, voire d'ouvrages à destination du grand public dont le fameux livre de Peter Kramer qui inaugure la série. Ainsi, *Serotonin Solution*, paru en 1996, explique au public quelques moyens simples de lutter contre les déséquilibres neurochimiques *(unbalanced chemical)* qui sont « la cause » de tous les troubles de l'humeur[671].

La pierre angulaire de la psychopharmacologie

Pour échapper à l'empirisme thérapeutique et réduire le taux d'échec des antidépresseurs, la psychiatrie a été conduite à faire l'hypothèse de sous-types de déprimés et de dépressions. Deux méthodes employées par la psychiatrie pour résoudre ces problèmes ont été examinées. La première est l'analyse clinique et psychopathologique dominante dans les années 1950 et 1960, elle cherche la pathologie sous-jacente aux syndromes en s'appuyant sur une tripartition des dépressions, endogène, névrotique, réactionnelle. La seconde approche est le raisonnement syndromique du DSM-III à base d'outils diagnostiques standardisés et d'études épidémiologiques.

Une troisième méthode, biochimique, émerge dès la fin des années 1950, après la découverte des fonctions antidépressives de l'imipramine et de l'iproniazide. Elle consiste à se demander si la diversité des réponses aux antidépresseurs n'est pas liée à la diversité des voies neuronales sur lesquelles ces médicaments agissent. Si l'on pouvait découvrir un critère biologique reliant la déficience d'un type de voie neuronale à un type de dépression, on pourrait prédire la réponse aux antidépresseurs. Il serait alors possible de trouver des molécules qui corrigeraient « le plus

spécifiquement possible les regroupements symptomatiques ainsi retenus, constitutifs de situations dépressives diverses[672] ». Dans les années 1970, cette hypothèse est à la fois discutée, incertaine, mais néanmoins pleine de promesses. Pourtant, aucune réponse acceptable n'a pu être apportée par les neurosciences.

La recherche biochimique montre que les médicaments psychotropes stimulent à des degrés divers la transmission de l'information dans les neurones. Nos humeurs et nos comportements résultent de leur fonctionnement. Parmi les cinquante catégories de neurones découverts, les trois vedettes sont les neurones monoaminergiques — noradrénaline, sérotonine et dopamine. À la fin des années 1950, les observations cliniques et expérimentales suggèrent qu'un neuroleptique (la réserpine) a pour effets secondaires de graves dépressions chez les psychotiques et vide simultanément le cerveau de ces monoamines. Le mécanisme en action est une inhibition de leur capacité à transmettre l'information chimique[673]. Cette découverte fut « la pierre angulaire de la psychopharmacologie[674] ». Les chercheurs émettent l'hypothèse que les antidépresseurs agissent sur les transmissions de la sérotonine (découverte dans les années 1920) et de la noradrénaline (découverte dans les années 1930)[675]. La dépression est corrélée avec une insuffisance de la concentration dans l'une et/ou l'autre de ces voies neuronales[676]. Cette corrélation mobilise la recherche en psychopharmacologie depuis près de quarante ans.

Une synthèse, publiée en 1970, reconnaît certes que ces neurones jouent un rôle décisif, mais rien ne prouve que les syndromes résultent de mécanismes physiologiques semblables[677]. Pour qu'une telle possibilité existe, il faudrait que les syndromes soient des maladies. C'est pourquoi tel déprimé réagit bien à tel antidépresseur et non à tel autre sans que l'on en comprenne

véritablement les raisons. Malgré les progrès dans la connaissance des mécanismes de transmission de l'information dans le système nerveux central, aucune anomalie biologique ne constitue un marqueur de la dépression[678]. La littérature psychiatrique est d'une grande constance sur ce thème tant dans les années 1980 qu'aujourd'hui[679] : « Des travaux considérables ont tenté d'expliquer les mécanismes biochimiques d'action des molécules antidépressives, mais toute tentative de corrélation entre une donnée neurochimique et un effet clinique observé chez l'homme déprimé reste encore hasardeuse[680]. » Ce bilan, établi dans *L'Encéphale* en 1994, est on ne peut plus net.

Les universitaires français se contentent de répercuter un consensus international. Les plus importants biochimistes, neurobiologistes et psychopharmacologues s'accordent sur leurs incertitudes : ils ne savent pas si les variations de la sérotonine sont responsables de l'action antidépressive ou s'il s'agit d'un simple effet concomitant, ou encore si elle est seulement un marqueur de mécanismes plus complexes[681]. L'apport de la biologie à la psychiatrie, au diagnostic des pathologies mentales et à l'efficacité des antidépresseurs est maigre. Les neurosciences progressent, la psychiatrie tourne en rond.

Les travaux sur la sérotonine ont néanmoins permis de mieux comprendre les effets secondaires et de mettre au point des molécules mieux tolérées que les psychiatres appellent des molécules « propres ». Le système sérotoninergique « est le seul modèle d'action des antidépresseurs qui a généré une nouvelle modalité de traitement ayant prouvé son efficacité[682] ». Il y a là une raison largement suffisante pour expliquer la vogue de la sérotonine.

L'antidépresseur idéal : ils guérissent avec plaisir

À la fin des années 1960 et au début des années 1970, plusieurs entreprises pharmaceutiques cherchent à mettre au point des molécules à partir d'hypothèses biochimiques et non en suivant la procédure habituelle : modification de la « chaîne chimique[683] » de molécules existantes, expérimentations animales, essais cliniques sur l'homme. Pour vérifier l'hypothèse d'une déficience de la sérotonine, il manquait une épreuve thérapeutique parce que les tricycliques et les IMAO agissent sur plusieurs systèmes monoaminergiques. On ne disposait pas, comme l'écrit en 1982 le co-inventeur d'une des premières molécules sérotoninergiques, de « la preuve d'une amélioration de l'état dépressif grâce à une substance agissant aussi sélectivement que possible sur le système sérotoninergique central[684] ». À la fin des années 1970, des chimistes et des pharmacologues trouvèrent une quinzaine de molécules, chimiquement hétérogènes par ailleurs, qui agissaient spécifiquement sur les récepteurs de la sérotonine. Deux chercheurs français mettent au point l'indalpine, l'un des premiers ISRS lancés sur le marché, en l'occurrence par un laboratoire français. En 1977, les premières études cliniques comparant l'imipramine et l'indalpine montrent que les effets antidépresseurs sont semblables, mais que le confort de la seconde est nettement supérieur. Ils apportent la preuve que la faiblesse des effets secondaires, la tolérance cardiovasculaire et le délai d'action très rapide résultent de l'action sélective sur la sérotonine.

Une chose étonne les médecins qui l'expérimentent : le redressement de l'humeur et la diminution de l'inhibition se font en même temps[685]. « Les patients guérissent avec plaisir[686]. » D'où une adhésion immédiate des médecins : « Cette thérapeutique leur crée

beaucoup moins de problèmes et moins d'anxiété que les antidépresseurs classiques » et permet « un contact psychothérapeutique plus fructueux[687] ». La molécule est présentée aux Entretiens de Bichat en 1983 : elle n'agit pas préférentiellement sur un type de dépression (endogène, réactionnelle ou névrotique). Elle est efficace sur le trouble de l'humeur, qu'il « soit réactionnel à un événement traumatisant, qu'il accompagne une période "difficile" de l'existence, comme la ménopause, la retraite, qu'il associe une maladie organique ou qu'il entre dans un cadre typique de dépression[688] ». En agissant *spécifiquement* sur la sérotonine, cette nouvelle molécule était efficace dans *toutes* les dépressions. Elle enthousiasma les psychiatres — l'un d'entre eux évoque en 1991 « les temps bénis de l'indalpine[689] ». « Elle offre, écrit-on dans *Elle* en 1983, à la thérapeutique des dépressions un grand espoir[690]. » L'indalpine sera pourtant retirée du marché en 1985 à cause d'une grave toxicité qui n'était pas apparue dans les essais cliniques.

Une autre molécule mise au point par la firme suédoise Astra, la zimelidine[691], suscita les mêmes espoirs à la même époque. Son inventeur, Arvid Carlsson, avait émis l'hypothèse que les variations de concentration de la sérotonine expliquaient l'effet des antidépresseurs. La première publication sur cette molécule date de 1972. Lancée dans plusieurs pays européens (mais pas en France) au début des années 1980[692], elle sera également retirée du marché parce qu'elle causait des grippes et, dans de rares cas, un syndrome neurologique fatal.

La recherche conduisant au Prozac commence dans l'entreprise américaine Ely Lilly en 1970. Dans la mesure où l'on partait d'hypothèses théoriques et non d'essais cliniques, la molécule fut surnommée chez Lilly « un composé à la recherche de sa maladie[693] ». « Si nous trouvions, déclara un membre de l'équipe qui

inventa la molécule, un composé qui atteigne l'efficacité thérapeutique des antidépresseurs tricycliques, mais se débarrasserait des effets anticholinergiques et des effets cardio-vasculaires qui tuent les gens, un tel composé représenterait une étape majeure[694]. » Le protocole de recherche est construit à partir du problème des effets secondaires et non en visant une efficacité supérieure. Un des chercheurs avait été impressionné par les travaux de Carlsson. Au début des années 1970, l'équipe commence à chercher des substances qui inhibent la recapture de la seule sérotonine. À la fin de la décennie, la recherche faillit s'arrêter à cause de la zimelidine (l'information sur l'indalpine n'ayant guère franchi les frontières de l'Hexagone). Les premiers essais cliniques furent décevants, mais néanmoins poursuivis. Les essais thérapeutiques préliminaires montrèrent non seulement une efficacité antidépressive de la molécule, mais également une perte de poids chez les patients et une efficacité dans le traitement de la boulimie, de l'alcoolisme et du tabagisme. Les essais à grande échelle effectués au début des années 1980 montrèrent également une facilité d'emploi qu'on ne connaissait pas : cet antidépresseur n'avait pas besoin d'être prescrit en faisant évoluer le dosage jusqu'à obtenir l'efficacité thérapeutique. Un dosage unique suffisait généralement. Le produit fut alors promu auprès des généralistes et reçut l'autorisation de la Food and Drug Administration en décembre 1987[695].

Le marché aux fantasmes : le pouvoir vous appartient

S'il reste encore nombre de questions auxquelles il n'est pas encore possible de répondre, Mark Gold estime pourtant que bientôt

« nous serons capables de prévenir la dépression en la prenant à la racine. En identifiant certains composés chimiques, nous pourrons même être capables de prédire qui risque de se suicider[696] ». Le plus célèbre « réceptologue » au monde, Solomon Snyder, prévoit avec un optimisme inaltérable, dans un ouvrage collectif consacré aux progrès de la psychopharmacologie en 1987, que « de nouveaux agents psychotropes avec une extraordinaire puissance et sélectivité émergeront. [...] Ces médicaments permettront de moduler sélectivement les nuances émotionnelles qui sont aujourd'hui si subtiles qu'elles résident dans le vocabulaire des poètes et non des psychiatres[697] ». Dix ans plus tard, alors qu'aucun progrès n'a été accompli, les chercheurs de laboratoires pharmaceutiques vont jusqu'à prédire une molécule par type de dépression. Le directeur de la recherche en neurosciences chez Eli Lilly à Indianapolis estime que la prochaine génération de médicaments psychiatriques « sera dix fois supérieur *[sic]* à ceux que nous possédons actuellement », tandis que celui de chez Pfizer (le fabricant du concurrent le plus sérieux du Prozac) affirme sereinement qu'ils seront « très, très supérieurs à tous les produits dont nous disposons aujourd'hui ». On annonce des molécules pour chaque type de récepteur sérotoninergique (une quinzaine ont été découverts) et noradrénergique[698]. « À déprimés divers, antidépresseurs différents », titre une revue médicale française en 1996. On serait capable de choisir l'antidépresseur adéquat en fonction du type de dépression et du profil spécifique du déprimé[699]. Plus la neurobiologie, surtout moléculaire, progressera dans la connaissance des voies neuronales et dans la découverte de la multiplicité des récepteurs, mieux les chimistes et les pharmacologues inventeront des molécules puissantes et précises. On pourra enfin répondre à la

question qui a émergé dans les années 1970 : quel antidépresseur faut-il prescrire pour quelle dépression ?

Au total, nous disposerions aujourd'hui de produits apparemment anodins et efficaces dans les divers symptômes de la dépression. « Écarter la dépression devient aussi simple que d'éviter la grossesse : prenez votre pilule et soyez heureux », écrit-on dans le *Lancet* en 1990[700]. Le marché des antidépresseurs poursuit la forte croissance qui s'était amorcée à partir de 1975, mais la structure de la consommation change : les ventes du Prozac augmentent de 37,15 % par an[701]. En 1995, cette molécule occupe la deuxième place parmi les médicaments les plus vendus en France[702].

Une économie de la sérotonine s'est développée depuis une dizaine d'années. Étant donné l'importance des coûts directs et indirects de la maladie dépressive sur l'équilibre des comptes sociaux comme sur ceux de la productivité des entreprises, des économistes de la santé montrent qu'il est plus économique d'employer des ISRS que des tricycliques, bien que chaque gélule ait un coût huit à dix fois supérieur, car l'observance du traitement est bien meilleure, et son efficacité démultipliée[703]. Les ISRS seraient proches de l'antidépresseur idéal[704]. De nouvelles molécules, qui ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1997, confortent cet optimisme thérapeutique. Elles agissent spécifiquement sur la sérotonine *et* la noradrénaline : elles ont encore moins d'effets secondaires que les ISRS, agiraient plus vite et feraient preuve d'une plus grande efficacité dans les dépressions sévères, y compris chez les patients mélancoliques hospitalisés[705]. Ces produits ont la puissance traditionnelle des antidépresseurs parce qu'ils agissent sur plusieurs monoamines et la tolérance des sérotoninergiques, comme le souligne la publicité pour l'une d'entre elles : « Maintenant le pouvoir vous appartient ». Le rêve

pharmacologique est-il d'atteindre l'impossible ? La science se met-elle à « croire au philtre qui changerait le destin[706] » ?

Agir à tout prix : l'individu trajectoire

En matière d'esprit déprimé, la science promet des résultats qui ne sont compréhensibles que dans le langage de la magie. Car avant d'évaluer ces promesses miraculeuses il importe de souligner qu'elles répondent à des aspirations sociales et sont en phase avec les problèmes nouveaux que rencontre aujourd'hui la personne. D'abord, l'attention nouvelle à la souffrance dans le social met en exergue des pathologies de la crise économique dont les traumatismes et les détresses se traduisent en psychiatrie par de la dépression. Ensuite, l'individualisation de l'action engendre des pressions nouvelles sur l'individualité qui doit assurer en permanence là où elle se contentait d'obéir.

La vogue de la souffrance

Entre le début des années 1980 et celui des années 1990, le taux de dépression augmente de 50 % en France, selon le CREDES. Si une part de cette augmentation résulte du fait que les gens se disent plus facilement déprimés aujourd'hui qu'hier, « l'augmentation de la prévalence de la dépression apparaît tout à fait certaine. [...] La prévalence croît avec les situations défavorables — solitude, faibles revenus, chômage —, situations qui, elles-mêmes, sont en nette augmentation[707] ». En gros, le pourcentage de déprimés à un moment donné est passé d'environ 3 % à un peu moins de 5 % (dans

d'autres travaux, il est estimé à 6 ou 7 %)[708]. Les rares enquêtes comparatives en Europe montrent par ailleurs des différences statistiques notables qui ne sont pas expliquées[709].

De plus, suicides, abus d'alcool ou de drogue, floraison de maladies non psychiatriques accompagnent une dépression. Les dépressifs déclarent beaucoup plus de maladies que les non-dépressifs à âge égal (sept contre trois) : les déprimés entre 20 et 29 ans ont autant de problèmes de santé que les non-déprimés âgés de 45 à 59 ans, les femmes dépressives entre 45 et 59 ans ont un niveau de santé équivalent à une personne de plus de 80 ans. « Le dépressif, écrivent les auteurs, est vieux avant l'âge. » Ils ont trois fois plus de troubles digestifs, génito-urinaires et cardio-vasculaires, deux fois plus de cancers, de maladies endocriniennes, ostéo-articulaires, etc. Leur consommation de médicaments, y compris non psychotropes, et de consultations médicales est nettement supérieure à celle de l'ensemble de la population[710]. Les coûts directs (consultations, traitements, etc.) et indirects (absence au travail, sous-productivité, etc.) paraissent énormes. La dépression semble se situer au centre d'une dynamique pathologique tout à fait hétérogène.

La dépression est analysée comme un état commun à de nombreux problèmes psychopathologiques : alcoolisme, violences, toxicomanies ou suicides[711]. Les toxicomanies et les comportements violents sont souvent interprétés par la psychopathologie comme des modes de défense contre des dépressions de type états-limites. Le rapport de la deuxième Conférence nationale de santé souligne en 1997 qu'une éducation à la santé pour les enfants et les adolescents devrait intégrer « la compréhension des comportements psychologiques et sociaux, comme la violence et la dépression[712] », l'agressivité envers autrui et envers soi-même. « Le dépistage des

troubles du mal-être apparaît comme une priorité[713]. » Dans les situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion, journées d'études et rapports officiels soulignent l'entrecroisement de multiples détresses dans lesquelles violences, dépressions, maladies psychosomatiques et traumatismes multiples interfèrent continuellement. Tous les rapports commandés aujourd'hui sur la psychiatrie publique estiment nécessaire « de considérer que certaines formes de mal-être, qui ne sont pas la maladie mentale, qui n'y conduisent pas forcément, peuvent entraîner un recours à des actes de soin[714] ». Le métier de psychiatre public aujourd'hui est moins centré sur les psychoses que sur un entremêlement délicat de problème sociaux et psychopathologiques qu'il faut à la fois rapprocher et distinguer — sauf à accepter que la psychiatrie se réduise à de l'assistance sociale. La dépression révèle (ou est associée à) une multiplicité de problèmes sociaux et médicaux qui sont évidemment coûteux pour nos sociétés, et particulièrement pour la protection sociale.

Le Commissariat général au Plan voit dans « la vulnérabilité croissante de la population en âge de travailler [...] un phénomène radicalement nouveau[715] ». La crise économique aurait engendré un doublement des suicides depuis les années 1980 parmi la population des 35-44 ans. La solitude dynamise cette fragilité[716]. Une consultation de psychopathologie du travail reçoit « des personnes qui ont encore leur emploi, mais qui craignent tellement de le perdre qu'elles ont besoin d'un soutient[717] ». Selon le haut comité de la Santé publique, « la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité[718] ».

La psychiatrie publique est de plus en plus mobilisée par des personnes souffrantes, mais non malades psychiquement. Les traumatismes occasionnés par la précarisation sont désormais

l'essentiel des problèmes traités par les psychiatres du cadre : dépressions, anxiétés chroniques, toxicomanies, alcoolisme et automédication au long cours — la part des psychoses reste stable en valeur absolue, mais baisse en valeur relative[719] : « La perte d'espoir devient le risque majeur[720]. » La dépression — et non l'anxiété ou l'angoisse — se positionne au carrefour de multiples pathologies traumatiques et addictives bien repérées. Elle est le qualificatif qui ramasse l'ensemble. Cette attention à la souffrance, mais également son usage cognitif pour comprendre et définir des problèmes sociaux sont tout à fait récents[721].

L'individualisation de l'action

L'action aujourd'hui s'est individualisée. Elle n'a alors d'autre source que l'agent qui l'accomplit et dont il est le seul responsable. L'initiative des individus passe au premier plan des critères qui mesurent la valeur de la personne.

Au début des années 1980, deux événements symboliques en France : la gauche arrive au pouvoir, et son projet collectif (qui fait qu'elle est « de gauche ») échoue ; le chef d'entreprise est érigé en modèle d'action pour tous. Ces deux événements sont liés parce que les deux grandes utopies réformistes et révolutionnaires qui étaient au cœur de l'idée de progrès déclinent : la société assurancielle et l'alternative au capitalisme. L'image du chef d'entreprise se détache de celle du gros dominant les petits ou du rentier qui en profite, elle se convertit en un modèle d'action que chaque individu est convié à employer. L'action entrepreneuriale constitue également une réponse à la crise de l'action étatique qui, en France, prend traditionnellement en charge l'avenir de la société. La notion d'entrepreneur sert de référence pour dynamiser l'ensemble socio-

politique. Nette inflexion pour un pays comme le nôtre : l'action privée reprend des missions collectives de l'État, tandis que l'action publique réutilise des modèles privés. Les entreprises « citoyennes » doivent s'allier à des administrations fonctionnant comme des entreprises.

Gagneurs, sportifs, aventuriers et autres battants envahissent le paysage imaginaire français. Ils ont trouvé leur incarnation dans un personnage aujourd'hui déchu, mais qui a symbolisé l'entrée de la société française dans une culture de la concurrence : Bernard Tapie. Se souvient-on encore qu'il animait sur TF1 en 1986, à une heure de grande écoute, une émission de variétés entrepreneuriales au titre éloquent d'*Ambitions* ? Il ne s'agissait pas seulement d'un show. La première vague de l'émancipation invitait chacun à partir à la conquête de son identité personnelle, la deuxième vague à celle de la réussite sociale par l'initiative individuelle.

Dans l'entreprise, les modèles disciplinaires (taylorien et fordien) de gestion des ressources humaines reculent au profit de normes qui incitent le personnel à des comportements autonomes, y compris en bas de la hiérarchie. Management participatif, groupes d'expression, cercles de qualités, etc., constituent de nouvelles formes d'exercice de l'autorité qui visent à inculquer l'esprit d'entreprise à chaque salarié. Les modes de régulation et de domination de la force de travail s'appuient moins sur l'obéissance mécanique que sur l'initiative : responsabilité, capacité à évoluer, à former des projets, motivation, flexibilité, etc., dessinent une nouvelle liturgie managériale. La contrainte imposée à l'ouvrier n'est plus l'homme-machine du travail répétitif, mais l'entrepreneur du travail flexible. L'ingénieur Frederick Winslow Taylor, au début du XX^{e} siècle, visait à rendre docile et régulier un « homme-bœuf », selon sa propre expression, les ingénieurs en relation humaine d'aujourd'hui

s'ingénient à produire de l'autonomie. Il s'agit moins de soumettre les corps que de mobiliser les affects et les capacités mentales de chaque salarié. Les contraintes et les manières de définir les problèmes changent : dès le milieu des années 1980, la médecine du travail et les recherches sociologiques en entreprise notent l'importance nouvelle de l'anxiété, des troubles psychosomatiques ou des dépressions. L'entreprise est l'antichambre de la dépression nerveuse[722].

À l'accroissement du degré d'engagement dans le travail qui s'impose au cours des années 1980 se surajoute à partir de la fin de la décennie une nette diminution des garanties de stabilité : elle concerne d'abord les non-qualifiés, puis remonte la hiérarchie jusqu'à toucher les cadres supérieurs au cours des années 1990. Les carrières deviennent volatiles[723]. Le style des inégalités se modifie, ce qui ne va pas sans conséquence sur la psychologie collective : aux inégalités entre groupes sociaux s'en ajoutent d'autres internes aux groupes[724]. L'accroissement des inégalités de réussite à diplôme et origine sociale équivalents ne peut qu'augmenter les frustrations et les blessures d'amour-propre, car c'est mon voisin, et non mon lointain, qui m'est supérieur ou inférieur. La valeur que la personne s'accorde à elle-même est fragilisée avec ce style d'inégalité.

L'école connaît des transformations qui ont des effets analogues sur la psychologie des élèves. Dans les années 1960, la sélection sociale s'opérait largement en amont de l'école[725]. Aujourd'hui, comme le montre unanimement la sociologie de l'éducation, la massification de la population lycéenne conduit à ce que la sélection s'opère tout au long du cursus scolaire. Parallèlement, « une exacerbation des impératifs de réussite individuelle et scolaire s'abat sur les enfants et les adolescents[726] ». Les exigences qui pèsent sur l'élève s'accroissent tandis qu'il assume lui-même la responsabilité

de ses échecs, ce qui ne va sans engendrer des formes de stigmatisation personnelle[727]. Là encore, donc, modification des manières d'être inégal.

Les fonctions institutionnelles de socialisation exercées par la famille se reportent en grande partie sur l'école à partir des années 1960. L'épanouissement des enfants, largement encouragé par la psychologie (Dr Spock, Laurence Pernoud, etc.), devient une mission parentale de la plus haute importance. Les cliniciens notent d'ailleurs aujourd'hui des pathologies où l'assise identitaire est fragile chez des patients nés au cours de cette période. Elles résulteraient « d'une sentimentalisation sans doute excessive de l'exercice des fonctions parentales[728] ». L'autonomisation du couple et de la famille, qu'enregistre le processus de « démariage », conduit à une précarisation nouvelle brouillant souvent les places symboliques des uns et des autres. L'égalisation des rapports entre genres sexuels, mais aussi entre générations conduit à un balancement entre contractualisme généralisé et rapports de force permanents. Quand les frontières hiérarchiques s'effacent, les différences symboliques avec lesquelles elles étaient confondues s'effacent également[729].

Quel que soit le domaine envisagé (entreprise, école, famille), le monde a changé de règles. Elles ne sont plus obéissance, discipline, conformité à la morale, mais flexibilité, changement, rapidité de réaction, etc. Maîtrise de soi, souplesse psychique et affective, capacités d'action font que chacun doit endurer la charge de s'adapter en permanence à un monde qui perd précisément sa permanence, un monde instable, provisoire, fait de flux et de trajectoires en dents de scie. La lisibilité du jeu social et politique s'est brouillée. Ces transformations institutionnelles donnent

l'impression que chacun, y compris le plus humble et le plus fragile, doit assumer la tâche de *tout choisir* et de *tout décider*.

Le changement a pendant longtemps été une chose désirable parce qu'il était lié à l'horizon d'un progrès qui devait se poursuivre indéfiniment et d'une protection sociale qui ne pouvait que s'étendre. Il est appréhendé aujourd'hui de façon ambivalente, car la crainte de la chute et la peur de ne pas s'en sortir l'emportent nettement sur l'espoir d'ascension sociale. Nous n'aurions plus que les méfaits du changement, méfaits que les mots « vulnérabilité », « fragilité » et « précarité » résument. Nous changeons, certes, mais nous n'avons plus le sentiment de progresser. Combinée à tout ce qui incite aujourd'hui à s'intéresser à sa propre intimité, la « civilisation du changement[730] » stimule une attention massive à la souffrance psychique. Elle sourd de partout et s'investit dans les multiples marchés de l'équilibre intérieur. C'est dans les termes de l'implosion, de l'effondrement dépressif ou, ce qui revient au même, de l'explosion — de violence, de rage ou de recherche de sensations — que se manifeste aujourd'hui une large part des tensions sociales. La psychiatrie contemporaine nous l'enseigne, l'impuissance personnelle peut se figer dans l'inhibition, exploser dans l'impulsion ou connaître d'inlassables répétitions comportementales dans la compulsion. La dépression est ainsi au carrefour des normes définissant l'action, d'un usage étendu de la notion de souffrance ou de mal-être dans l'abord des problèmes sociaux et des réponses nouvelles proposés par la recherche et l'industrie pharmaceutiques.

L'IMAGINAIRE DE LA DÉSINHIBITION

On comprend que l'énergie promise par des antidépresseurs ayant peu d'effets gênants sur la qualité de vie quotidienne suscite des espoirs que l'on n'attendait pas il y a seulement quinze ans. Leur marketing répond aux contraintes et aux aspirations à agir par soi-même, tandis que le cabinet du médecin est le lieu où s'opère la jonction entre ces problèmes et l'offre médicale.

À la fin des années 1970, certaines publicités, surtout pour des antidépresseurs stimulants, font référence au thème de l'action à stimuler plutôt qu'à la pathologie à guérir. La période ne voit-elle pas le lancement de nouvelles molécules dont le statut hésite entre psychostimulant et redresseur de l'humeur ? L'une de ces publicités évoque à la fois la douleur morale et l'action (« Ce malade à qui vous voulez redonner rapidement une vie professionnelle et familiale normale »), tandis qu'une autre est exclusivement centrée sur la performance (« Retrouvez le goût d'agir et la liberté d'entreprendre »). Vingt ans plus tard, « Claire a retrouvé le goût d'entreprendre », grâce à un IMAO, tandis qu'une campagne publicitaire pour un ISRS qui « éveille la force intérieure » met en exergue un « Moi, c'est Moi », mariant ainsi le plus hightech et le plus naturel.

En 1988 paraît en France un *Guide des 300 médicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement*. Il fait scandale. Les auteurs — anonymes — plaident pour un « droit au dopage » dans une société de compétition exacerbée. Ils différencient le fait de se droguer, qui consiste à se replier sur son propre univers privé, du fait de se doper, qui permet de mieux se confronter aux contraintes croissantes qui s'exercent sur chacun. La montée en puissance de la fonction stimulante des drogues comme des médicaments psychotropes est frappante, y compris dans le cas des anxiolytiques,

parce que la diminution de l'angoisse joue un rôle désinhibiteur[731] : la personne calmée peut agir.

En France, deux psychiatres soulignaient récemment dans *L'Encéphale* que « la nécessité d'être performant pour le sujet subdépressif », qui ne remplit pas les critères permettant de diagnostiquer un épisode dépressif, « conduira à prescrire un antidépresseur stimulant ; dans un contexte moins contraignant, on ne lui aurait pas prescrit d'antidépresseur, mais quelques éléments de psychothérapie devant l'aider à traverser la période un peu difficile. Il est évidemment facile de dénoncer les excès et de faire l'apologie de l'effort et de l'évolution naturelle sans aide médicamenteuse. Mais qui peut prétendre évaluer seul avec précision le niveau de souffrance de l'autre[732] ? ». Le problème est excellemment posé.

L'introduction d'un numéro spécial d'une revue de psychanalyse consacré aux médicaments en 1991 souligne l'importance de la référence à la panne dans les pratiques psychiatriques : « L'exigence croissante de confort psychique et de normalité, ainsi que l'impératif d'un résultat rapide et performant favorisent du côté de la médecine un style de réponse thérapeutique calqué sur la médecine somatique. [...] C'est à terme un idéal de maîtrise chimique des aptitudes cognitives, de la vie émotionnelle et des conduites qui est visé[733]. » Le confort intérieur est en effet indispensable à l'action : ne faut-il pas mobiliser ses affects pour agir ? Les gens peuvent-ils se permettre d'attendre de régler leurs conflits alors que les exigences d'action et d'adaptabilité s'accroissent ?

C'est dans ce contexte qu'est lancé le Prozac avec une campagne de marketing s'adressant aux médecins généralistes. À la suite d'une série d'articles dans la presse psychiatrique professionnelle sur le thème des « enjoliveurs de l'humeur », un dossier du magazine

américain *Newsweek* de mars 1990 intitulé « The promise of Prozac » donne le signal de départ à la polémique publique sur la dépression : il décrivait des gens venant voir leur médecin pour lui demander de leur prescrire cette pilule leur permettant d'assumer les difficultés de l'existence sans en payer le coût psychique. Peter Kramer s'interroge également sur cet idéal de maîtrise chimique. Son livre n'est pas consacré aux moyens d'obtenir le bonheur sur ordonnance, comme le laissent entendre le stupide titre français *(Prozac : le bonheur sur ordonnance ?)* et l'accueil global fait par la presse. Il est une réflexion pratique sur le type de *self* qu'exige « le capitalisme hightech d'aujourd'hui » : « Confiance en soi, souplesse rapidité, énergie [...] se monnayent à prix d'or[734]. » Disons, plus prudemment, que ces qualités permettent de rester dans la course. Ce produit a ainsi acquis la réputation d'améliorer l'humeur et de faciliter l'action, mais aussi de transformer la personnalité dans un sens favorable dans la mesure où il agissait sur des gens qui ne sont pas « véritablement » déprimés. Les patients décrits par Kramer « assurent » en Prozac. Mais en quoi la possibilité de gérer d'une façon fine nos humeurs est-elle un problème, à condition bien entendu que les molécules ne soient pas toxiques ? De quelle nature serait ce problème ?

Le Prozac n'est pas la pilule du bonheur, mais celle de l'initiative. De là à penser qu'elle puisse être une drogue stimulante, il devrait y avoir un monde. Les IMAO, comme le remarquaient déjà les psychiatres dans les années 1960, ne rendaient-ils pas parfois les patients « mieux que bien » ? C'est d'ailleurs de cette manière que Daninos décrit l'effet de l'antidépresseur (IMAO) qui l'a sorti du tunnel. Pharmacologues, chimistes et psychiatres, tous espéraient pourtant, dès les années 1960, des molécules de ce type, plus maniables sinon plus efficaces. Le pas fut cependant franchi

aisément, et l'on se demanda si l'on n'allait pas mettre fin au « sujet ». Car, facile d'usage, cette molécule réduirait l'homme à son corps.

« Le débat ne peut être circonscrit au seul monde médical, écrit-on dans *L'Encéphale* en 1994, on l'oublie souvent. Les patients ont des exigences de résultats étayées sur la dureté des temps et de leurs obligations ; ne pas y répondre ne pourrait-il pas les exposer à des difficultés socio-professionnelles ouvrant sur des complications dépressives[735] ? » Ces remarques ouvrent sur les questions pratiques d'aujourd'hui : la psychiatrie et la médecine générale accueillent une clientèle qui demande des suppléances pharmacologiques et psychologiques pour mieux maîtriser ses multiples difficultés.

Pouvoirs thaumaturgiques ou cache-misère ?

Ralentissement psychomoteur, inhibition et impulsivité, asthénie, ces notions peuvent se référer à n'importe quel modèle nosographique, mais elles portent toutes sur l'action pathologique. L'action arrêtée sculpte l'univers dépressif : le figement est une « syncope du temps[736] », l'impulsivité est un raté de la temporalité. L'apathie se substitue à la douleur morale car, cliniquement, elle est la cible véritable des antidépresseurs et, socialement, elle est congruente aux nouveaux problèmes qu'affronte aujourd'hui la personne face à l'action. La panne dépressive accompagne l'individu-trajectoire comme son ombre. Catégories psychiatriques, moyens thérapeutiques et normes sociales reconfigurent l'individualité.

Les miracles annoncés répondent peut-être aux aspirations à mieux « fonctionner », mais ils sont surtout le fait des campagnes

promotionnelles[737]. Si quelques chercheurs prestigieux, comme Snyder, participent de ces croyances, la plupart d'entre eux ne font pas, du moins publiquement, de tels éloges. Arvid Carlsson le soulignait il y a une dizaine d'années : « À la lumière des formidables progrès dans la connaissance de base, il est cependant remarquable de voir combien sont modestes les développements de la pharmacothérapie depuis les années 1950[738]. » Jonathan Cole ou Donald Klein, par exemple, estiment que nombre de personnes sous Prozac attendent en vain les effets miraculeux du produit ou que son efficacité supposée relève plutôt du *wishful thinking*[739]. Une enquête sociologique par entretiens avec des personnes sous antidépresseurs montre que l'efficacité du Prozac est très variable et que la déception n'est pas rare, loin de là[740]. Les ISRS sont exactement comme tous les antidépresseurs : leur efficacité est variable.

La maîtrise de l'esprit humain par l'action pharmacologique n'est ni pour demain ni pour après-demain. En 1964, François Dagognet avait consacré de belles pages aux mythologies anciennes de la guérison. L'antidépresseur idéal en est le rejeton moderne. Il nous plonge dans la magie des pouvoirs thaumaturgiques, celle du « chamane [qui] guérirait d'un souffle, avec une potion, une mixture, un destructeur incisif ». « Qu'il nous suffise, ajoute-t-il, d'écarter la croyance insensée qui pourrait [...] germer : que tel comprimé redresserait l'âme, véhiculerait le goût de vivre, susciterait la jubilation soudaine[741]. » Aucun médicament, psychotrope ou non, n'est un philtre tout-puissant qu'il suffirait d'appliquer à une maladie ou à une autre entité morbide pour y mettre fin.

On me pardonnera peut-être cette bien mauvaise nouvelle : la toute-puissance annoncée des antidépresseurs est le cache-misère d'une maladie inguérissable, comme nous allons le voir dès à

présent. Tout devient dépression parce que les antidépresseurs agissent sur tout. Tout est soignable, mais on ne sait plus très bien ce qui est guérissable. En même temps que le conflit se perd de vue, la vie se transforme en maladie identitaire chronique. Ce n'est pas nécessairement un mal, car nos individualités sont parfaitement construites pour supporter cette « maladie », mais il vaut mieux savoir ce que celle-ci recouvre.

CHAPITRE VII

LE SUJET INCERTAIN DE LA DÉPRESSION ET L'INDIVIDUALITÉ FIN DE SIÈCLE

La capacité à agir par soi-même est le noyau de la socialisation, l'action en panne le trouble fondamental de la dépression. De là se dessinent deux façons d'apprécier la situation : l'une qui n'aurait affaire *qu'à* un sujet, l'autre qui n'aurait *que* faire d'un sujet. La controverse entre Janet et Freud se rejoue un siècle plus tard dans un contexte normatif et psychiatrique tout autre. Si la dépression est bien la double manifestation pathologique de la libération psychique et de l'initiative individuelle, s'y jouent nécessairement d'autres déchirures internes que celle du conflit. Au niveau psychiatrique, la controverse aujourd'hui centrale en matière de dépression porte sur la place qu'il faut donner aux antidépresseurs dans ces « états » indéfinissables, classables sur des bases multiples, mais surtout récurrents, récidivants, chroniques.

Les rapports délicats entre l'insuffisance et le conflit se posent avec une particulière acuité à propos des nouvelles molécules, lancées sur le marché avec un marketing idoine. D'un côté, elles suscitent des espoirs fantasmatiques car, nombre d'articles le soutiennent, elles semblent répartir efficacement les quantités d'énergie dans « les appareils psychiques » en agissant sur les affects

anxieux et dépressifs, c'est-à-dire sur pratiquement toutes les souffrances et tous les dysfonctionnements possibles. Ces molécules rendent la personne plus tonique et moins anxieuse, plus maîtresse d'elle-même, qu'elle soit malade ou non. D'un autre côté, celui de la psychopathologie, le ton est nettement à l'inquiétude. En 1996, la *Revue internationale de psychopathologie* s'interroge : « Est-il nécessaire de disposer d'un diagnostic psychopathologique lorsque le produit n'est plus conçu *en réponse* à des états (dépression, anxiété, dissociation, etc.), mais vise plutôt à engendrer de nouveaux états mentaux sans dépendance ni menace sur l'intégrité physique du sujet[742] ? » Les substances produisant ces états étant supposées sans danger de dépendance et de toxicité, il n'y aurait guère besoin d'un diagnostic permettant de repérer la pathologie sous-jacente à un syndrome : il suffit de bien répartir les énergies amoindries ou mal régulées au moyen d'un psychotrope. Nous nageons là dans le mythe de la drogue parfaite, c'est-à-dire dans l'impossiblité de décider s'il s'agit d'une drogue ou d'un médicament.

Les ISRS engendrent la crainte d'un abrasement chimique des dilemmes qui façonnent la subjectivité. Dans la mesure où l'on dispose de médicaments applicables autant à de graves pathologies qu'à de petits malaises, l'inutilité du diagnostic ferait que serait réalisable pratiquement le cauchemar d'une société composée d'individus « pharmacohumains », si je peux me permettre cette expression, c'est-à-dire d'une catégorie de personne qui ne serait plus soumise aux conditions habituelles de la finitude.

Cette croyance aux possibilités infinies des neurosciences et de la pharmacologie est parfaitement irréaliste. Elle investit ces disciplines de pouvoirs sur les pathologies et plus largement sur les personnes qu'elles n'ont pas. Et qu'elles ne sont pas près d'obtenir

puisque, les biologistes et les psychiatres le reconnaissent, la tentative de relier un « marqueur biologique » à une entité clinique est un échec. Il ne semble pas que de nouvelles voies d'exploration ou de nouvelles hypothèses soient actuellement prometteuses. De plus, cette croyance relève d'une confusion entre les progrès de la recherche biologique et ceux de la psychiatrie. En effet, la psychiatrie est une médecine, sa fonction est de soigner. Elle ne se situe donc pas sur le même plan que la recherche biologique. Que l'on espère une maîtrise complète du sujet par lui-même (en réveillant sa force intérieure par une molécule) ou qu'on la craigne (parce qu'elle réduirait l'humain à son bien-être corporel au lieu de le rendre libre), dans les deux cas on se leurre.

D'abord, il est clair qu'en pharmacothérapie les antidépresseurs sont loin d'être devenus des médicaments idéaux. Trois obstacles restent à surmonter si l'on en croit l'article principal d'une livraison de *Drugs* en 1996 : obtenir une efficacité supérieure aux tricycliques, un début d'action plus rapide et une efficacité régulière dans le traitement des dépressions résistantes[743]. Les antidépresseurs sont devenus des médicaments confortables, ce qui est autre chose.

Ensuite, à partir des années 1980, un constat est fait par l'épidémiologie psychiatrique sur le problème de l'efficacité des prises en charge : dépressions résistantes, rechutes, récidives, chronicité sont la règle. La guérison entre en crise. C'est là un thème récurrent dans la littérature, mais que je n'ai guère vu dans les polémiques publiques sur la dépression, c'est-à-dire celles qui sortent dans la presse. De ce point de vue, l'opinion a été mal éclairée : on a placé sur un plan moral ce qui aurait parfaitement pu être discuté à un niveau pratique. Ces polémiques ont confondu les messages publicitaires avec ce que la recherche psychiatrique, y compris celle sponsorisée par l'industrie, décrit et dont les résultats

peuvent être consultés. Il n'y a donc aucune raison de craindre une éclipse du sujet. En revanche, il y a des motifs pour prendre la mesure des transformations de la subjectivité. L'association de la chronicité et du statut ambigu des antidépresseurs, entre drogues et médicaments, servira de fil conducteur.

La crise de la guérison et le déclin de la référence au conflit suggèrent que l'individualité contemporaine n'est tout simplement plus dans l'horizon de la guérison : elle est accompagnée et transformée de toutes sortes de manières sur la longue durée. Simultanément, notre société est politiquement sortie de l'idée de la bonne solution (d'où la crise du clivage droite-gauche). Le conflit ne structure plus l'unité de la personne et du social, ses messages ne fournissent guère les consignes adéquates pour guider l'action. Les deux niveaux de la crise de la guérison en psychiatrie et de la « déconflictualisation » du psychique comme du social dessinent notre nouvelle psychologie collective. Le sujet n'en sort pas moribond, mais changé.

Le diabète mental

Des doutes se font jour dans la littérature psychiatrique[744]. Les psychiatres — c'est une inflexion en la matière par rapport aux années 1960 et 1970 — s'interrogent sur la guérison. La dépression devient une maladie de la transmission neurochimique, mais en échange elle résiste[745]. Elle est aujourd'hui redéfinie par la psychiatrie comme une maladie récidivante et à tendance chronique. La durée des dépressions augmente-t-elle ? Avait-on été trop optimiste après la découverte des antidépresseurs ? Examinons les faits avant les explications.

La crise de la guérison

Les trois quarts des patients ayant connu un épisode dépressif ne retrouveront pas l'équilibre psychologique qu'ils avaient auparavant, 20 % des dépressions se chronicisent et 20 % résistent au traitement[746]. Selon les enquêtes ECA aux États-Unis, 50 à 85 % des patients referont des épisodes ou atteindront un état inférieur à ce qu'il était avant. La fréquence des rechutes et des récidives est notée partout. Une conférence de consensus organisée par l'Association américaine de psychiatrie[747] évalue entre 50 et 80 % le pourcentage des personnes qui feront au moins une rechute dans leur vie après un épisode dépressif, et à 50 % dans les deux ans[748]. Toutes les études épidémiologiques confirment les pronostics défavorables des dépressions[749]. Une synthèse de ces études montre que les dépressions, malgré des résultats hétérogènes dus à des populations, des nosographies et des méthodes différentes, ont un caractère récurrent dans les trois quarts des cas. 50 % des patients récidivent deux ans après un épisode dépressif, 20 % se chronicisent, 15 à 20 % ne connaissent que des rémissions partielles[750]. Le consensus sur les proportions est indubitable : la plupart des patients ne reviennent pas à l'équilibre antérieur, une bonne minorité ne connaît que des rémissions partielles et une large majorité récidive ou bascule dans la chronicité. D'où un allongement des durées de prescription, techniquement permis par le confort des antidépresseurs mis sur le marché à partir de la seconde moitié des années 1970 et surtout par les ISRS. « Les troubles dépressifs, affections fréquentes s'il en est, sont donc curables au prix de traitements dont le confort et l'innocuité ne cessent de s'améliorer », écrivent deux psychiatres[751]. Mais ils ajoutent : « Peut-on toujours parler de guérison ou ne serait-il pas plus sage d'avancer seulement le terme de rémission[752] ? » L'amélioration à long terme apparaît

fort modeste. Le confort des ISRS et leur faible toxicité réduisent les inconvénients de la chronicité. Ce n'est certes pas un résultat négligeable, mais on peut, à l'inverse, se demander s'il n'existe pas de nombreux cas où ils la maintiennent en ne facilitant pas la confrontation à d'éventuels conflits dont la dépression est le résultat.

Non seulement la durée des traitements s'allonge, mais encore le pourcentage de patients qui ingèrent des antidépresseur à doses minimes, l'épisode dépressif terminé, pendant des années, est important. Il résulte du retour des symptômes à l'arrêt du traitement[753]. Il y aurait ainsi une tendance à la chronicisation des troubles : la diminution des symptômes sous antidépresseurs ne paraît pas, et c'est un euphémisme, être l'équivalent d'une guérison[754]. Importance des prescriptions inadéquates, mauvaise observance du traitement en médecine générale[755], pathologies associées (surtout l'alcoolisme chronique), traits de personnalité pathologique, etc., les raisons sont multiples. Mais c'est surtout la notion même de guérison qui est incertaine, car elle « peut être affirmée ou déniée selon que tel ou tel critère aura été retenu[756] ».

De nombreux auteurs portent alors l'attention aux traitements de maintenance[757] — les traitements prophylactiques des dépressions récurrentes. La plupart de ces patients devraient bénéficier d'un tel traitement car seule sa durée est sujette à discussions : pour certains, le traitement peut être poursuivi une vie entière, pour d'autres, la durée butoir est de cinq ans[758], mais les critères relèvent plus de l'intuition clinique que de résultats standardisés. On voit, en tout cas, proposer un traitement à vie pour un seul épisode dépressif si le patient a plus de cinquante ans, pour deux épisodes s'il a plus de quarante ans, pour plus de deux en dessous de quarante ans[759].

Dans une évaluation de l'efficacité à long terme des antidépresseurs, les auteurs résument leur position avec une

évidente contorsion argumentaire : « Les analyses de survie portant sur cinq années de suivi chez les patients répondeurs à l'imipramine montrent le risque accru de rechute dépressive à l'arrêt du traitement, mais n'objectivent pas un effet prophylactique vrai de l'antidépresseur, sans toutefois prouver que le traitement n'est pas efficace, ce qui invite surtout à réviser la notion clinique de réponse[760]. » On aura également noté l'interrogation sur la nature de l'action antidépressive et de la réponse clinique. En 1993, un comité de travail du CINP trouve un intérêt à la chimiothérapie de maintenance, mais laisse toute latitude au prescripteur. Les études menées au cours des années 1980 « ne rapportent qu'un taux très relatif du succès de la maintenance psychotrope, notamment par rapport à l'effet placebo[761] ». On se contente parfois d'affirmer tout bonnement qu'est « antidépressive toute molécule qui améliore les symptômes caractéristiques de la dépression mieux que ne le fait le placebo[762] ». Mais de quel pourcentage ? Pour quels patients ? Et que faire des cas où le placebo est plus efficace que le médicament ?

Bien que l'insistance sur la nécessité d'associer à la cure aux antidépresseurs une prise en charge psychothérapeutique reste une constante, elle « ne paraît pas diminuer les risques de rechutes. Elle permettrait peut-être simplement une meilleure observance du patient à son traitement[763] ». La psychothérapie devient un potentialisateur de chimiothérapie. Par ailleurs, les psychothérapies les plus recommandées aujourd'hui sont comportementales ou cognitives. Or ces thérapies relèvent d'un modèle exclusivement déficitaire[764].

La banalisation excessive de la prescription est un risque reconnu : les antidépresseurs « ne sont pas dénués d'effets secondaires et de potentialités que nous connaissons mal à long terme[765] ». En effet, les traitements prolongés peuvent avoir des

effets négatifs sur la mémoire et les fonctions cognitives, le taux de suicide semble plus élevé dans les groupes de patients traités par antidépresseurs que dans ceux traités par placebo, on ne connaît pas grand-chose aux effets à long terme sur les monoamines cérébrales et les sites récepteurs des neurones qui les synthétisent. Il n'y a donc aucun critère pour une stratégie thérapeutique globale : c'est au clinicien d'évaluer bénéfices et inconvénients[766] dans son colloque avec le patient. Pourtant, trop peu de déprimés consultent, une partie d'entre eux reçoit un mauvais diagnostic, et ceux à qui l'on pose un diagnostic correct ont trop rarement un traitement adéquat[767].

Le problème du sevrage à l'arrêt d'un traitement antidépresseur prolongé est aujourd'hui régulièrement soulevé. Il « a été rapporté par de nombreux auteurs et pourrait s'observer chez plus de 20 % des patients ». D'où « la question d'une éventuelle dépendance physique ou psychique au traitement par antidépresseur[768] ». Des syndromes de manque peuvent s'observer avec les IMAO à cause de leurs effets psychostimulants. Ils peuvent amener les médecins à des prescriptions de longue durée[769]. Ces prescriptions peuvent elles-mêmes conduire à une dépendance : « Toutes ces données plaident en faveur d'une dépendance physique à forte dose[770]. » Manifestement, mieux traiter la dépression, c'est réduire l'intensité des symptômes et la durée d'un épisode dépressif, mais certainement pas progresser en matière de guérison. « Il n'est pas aisé de clarifier la notion de guérison en psychiatrie », constatent deux psychiatres[771]. Il y a donc un contraste très net entre les promesses de la pharmacologie et le consensus psychiatrique sur la crise de la guérison. Entre la fin des années 1970 et la fin des années 1980 se produit un retournement complet à l'égard des molécules antidépressives[772]. Prescrites pour la plupart des troubles

mentaux, elles compensent au mieux une insuffisance personnelle sans pouvoir guérir.

Dysthymies et anxiodépressif ou l'enterrement de la névrose

L'allongement des épisodes dépressifs n'est pas soudainement révélé par une épidémiologie mieux armée, il résulte d'une attraction dans l'orbite de la constellation dépressive de ce qui relevait de la névrose. « Beaucoup de dépressions résistantes surviennent sur des structures psychiques névrotiques », déclare Deniker en 1986[773]. C'est là une constante[774]. Ce basculement tient à la constatation que les antidépresseurs agissent sur de nombreux troubles anxieux bien plus efficacement que les BZD et par la montée nouvelle des thèmes de l'« anxiodépressif » et des « dysthymies ». L'extension des cibles des antidépresseurs et le recodage de la névrose font de la dépression une pathologie identitaire chronique.

Les antidépresseurs « apparaissent de plus en plus comme des médications "antinévrotiques"[775] ». *Médication antinévrotique*, voilà un vecteur essentiel non seulement de l'accroissement du diagnostic de dépression, mais également un changement de signification de la dépression. Herman van Praag le dit tout net : « Les ISRS sont la première génération de médicaments qui affectent vraiment les traits de personnalité[776]. » D'où la question posée par beaucoup : « Le plus important est que les ISRS nous forcent à nous confronter au problème de savoir si l'usage des médicaments psychotropes doit être restreint au traitement de maladies ou étendu à la modification des comportements, voire même à rendre la vie plus agréable[777]. »

Pour les psychiatres, agir sur une névrose équivaut à agir sur la personnalité.

Le DSM-III avait divisé la névrose d'angoisse entre attaque de panique et trouble anxiété généralisé parce qu'il avait été prouvé que les antidépresseurs agissaient efficacement sur la première. Aujourd'hui, ils seraient également efficaces sur la seconde, et sur la plupart des troubles anxieux. Et pour couronner le tableau, ils agiraient dans les psychonévroses de défense (hystérie et névrose obsessionnelle). Deux catégories psychiatriques sont les clés de la redéfinition des névroses par la dépression : les troubles *anxiodépressifs* et les troubles *dysthymiques*.

Depuis la découverte des antidépresseurs, on considérait généralement que les patients répondaient mieux à ces molécules lorsque l'on pouvait classer la dépression comme endogène (quelque chose comme une mélancolie, mais moins grave) et moins bien lorsqu'il s'agissait d'une dépression névrotique (psychogène). Ce syndrome dépressif a une tendance à la chronicité — il n'est pas un *épisode* dépressif — puisqu'il résulte de la personnalité, celle-ci pouvant être abordée en termes de conflits psychiques inconscients non résolus (Freud) ou de déficit (Janet). Ces dépressions chroniques, parce qu'elles étaient considérées comme des troubles de la personnalité, devaient faire l'objet d'une prise en charge essentiellement psychothérapeutique.

La distinction entre anxiété et dépression, qui posait, on se le rappelle, des difficultés diagnostiques surtout en médecine générale, disparaît avec l'invention de l'anxiodépressif[778]. Il se substitue aux notions de dépressions névrotiques et réactionnelles[779]. Très répandus en médecine générale[780], ces états sont chroniques[781] et très invalidants au quotidien. Ces « états qualifiés autrefois de névrotiques » sont « un vaste fourre-tout[782] ». Toute l'épidémiologie

psychiatrique constate l'importante comorbidité des troubles anxieux et dépressifs[783].

La notion de dysthymie est due au psychiatre Hagop Akiskal et figure dans le DSM-III[784]. Dans les années 1970, il montre qu'une partie importante des dépressions chroniques d'origine psychogène appartient au cadre des troubles de l'humeur. Les patients « avaient l'air d'être déprimés pour la vie [...] et ils étaient condamnés au divan parce qu'il n'y avait pas d'autre traitement[785] ». Le DSM-III-R de 1987 supprime la dépression névrotique et la remplace par les troubles dysthymiques. Ces patients répondent mieux aux ISRS qu'aux autres antidépresseurs[786]. Le raisonnement dimensionnel comme le raisonnement syndromique rendent inutile la référence à la névrose. Le couple dysthymie-ISRS permet d'appliquer la chimiothérapie au traitement d'un trouble de la personnalité. Qu'est-ce qui spécifie cette personnalité ? Non un conflit, dont l'irrésolution explique la chronicité, mais un tempérament, un caractère, autrement dit un destin. La difficulté à différencier entre endogène et exogène est surmontée puisqu'elle ne joue plus dans le choix du traitement.

La distinction entre l'axe I, qui liste les pathologies, et l'axe II du DSM, qui liste les personnalités pathologiques, est remise en cause dans la mesure où la longue durée du trouble semble indiquer que la personnalité du patient est en cause[787]. Ces dépressions font consensus sur un point : leur pronostic est très mauvais. Leur thérapeutique est conduite sur le long terme, et son objectif est « de maintenir la rémission en empêchant l'expression symptomatique d'un processus présumé toujours actif[788] ». Pourtant, il n'existe aucune évaluation des prescriptions sur une telle durée, et les effets à long terme ne sont pas connus, comme on le rappelle ici ou là. Faute de pouvoir guérir, comme dans le cas de la folie, on soutient.

Les molécules confortables représentent des produits idéaux pour cette pathologie, non parce qu'ils la soignent mieux, mais parce qu'ils sont plus adaptés que les anciens antidépresseurs à une maladie chronique. Les dysthymies et les ISRS se renforcent mutuellement : une forme clinique (une dépression légère et de longue durée), un produit idoine parce qu'il est confortable et a moins d'effets de sevrage que les anciennes molécules. La psychiatrie estimait que les antidépresseurs pouvaient aider un névrosé à passer un cap particulièrement difficile ou l'aider à affronter ses conflits inconscients. La dépression était un aspect de la névrose, la névrose est aujourd'hui dissoute dans le champ des dépressions. En contrepartie, celles-ci se chronicisent. Tout est soignable, rien n'est guérissable.

Au point de départ de ce parcours de soixante ans : un sujet malade et guérissable à l'humeur douloureuse ; à l'arrivée, une action régulièrement déréglée et un individu chroniquement affecté par sa pathologie.

Une espèce en voie d'extension : les valides invalides

Sur le front du déficit, la tendance à la chronicité conduit les psychiatres à substituer le thème de la qualité de vie du patient à la notion de guérison dans la prise en charge des patients[789].

Le front du déficit : qualité de vie ou dépendance ?

La qualité de vie est un thème classique pour les maladies chroniques en médecine. Le diabète insulinodépendant en est l'exemple type. En psychiatrie, le thème est apparu aux États-Unis pour les psychoses dans les années 1960 : il a servi à critiquer les conséquences de la sortie en masse des hôpitaux psychiatriques, à savoir l'insuffisance des structures de relais[790]. La Grande-Bretagne, puis les pays scandinaves et enfin le reste de l'Europe s'y intéressent car il faut permettre aux psychotiques de vivre le mieux possible une vie quotidienne extra-asilaire. La qualité de vie s'est ensuite étendue à deux types de troubles considérés comme chroniques à partir des années 1980 : l'anxiété et la dépression[791].

Ni santé ni bien-être, ses outils mesurent de façon standardisée « ce que vit intérieurement le sujet[792] » et réorientent l'attention vers « la globalité du patient[793] ». Les questionnaires évaluent la distance entre les aspirations du patient et ce qu'il estime vivre, la tolérance par rapport à cette distance, le jugement de valeur qu'il porte sur sa manière d'agir, etc. : « La notion de satisfaction [...] importe[794] », voire celle de bonheur[795].

La qualité de vie est un moyen d'autonomiser le patient dans la chronicité, comme c'est le cas dans toutes les maladies chroniques[796]. Le patient idéal est « un interlocuteur actif[797] », il sait reconnaître tout seul les premiers signes d'une récidive, prend rapidement rendez-vous avec son psychiatre habituel, lequel n'a plus qu'à ajuster éventuellement la posologie de l'antidépresseur : « Une automédication bien conduite est un bon témoin de maturité psychologique du patient, bien plus que du talent pédagogique de son médecin. Elle résume [...] l'intégration par le patient de son programme thérapeutique et la compréhension de ce dernier, y compris jusque dans ses transgressions et ses ajustements nécessaires et justifiés[798]. » L'idéal de l'alliance thérapeutique consiste à

transférer les compétences médicales du médecin vers le patient. La dépression fait ainsi partie de ces maladies chroniques, maladies qui trouvent des solutions dans la prise en charge des problèmes par le patient[799].

Seulement, certains de ces patients, lit-on dans *L'Encéphale*, « craindront de devenir dépendants d'un médicament, de la même manière qu'ils luttent en général contre la culpabilité que leur procurent leurs désirs de dépendance. Cette assimilation à "la drogue" est renforcée par les rechutes déclenchées à l'arrêt du traitement. Ce type de résistance apparaît souvent dans les traitements au long cours[800] ». Dans *L'Encéphale* encore, un constat mitigé est établi : « Des progrès authentiques ont été réalisés dans le traitement du déprimé, mais il est paradoxal de constater que l'imipramine reste la molécule de référence. Nous avons appris l'intérêt d'un traitement antidépresseur prolongé dans la prévention des rechutes et des récidives, mais nous n'en connaissons pas précisément la durée ni les effets à long terme. Nous reconnaissons l'intérêt des molécules antidépressives dans certains troubles anxieux, mais nous avons ainsi augmenté les risques d'autoprescription, de "banalisation"[801]. » D'un côté, une meilleure qualité de vie pour les patients améliorés, de l'autre, la peur de la dépendance : ces deux phénomènes sont intimement liés. La guérison ne suppose-t-elle pas l'arrêt du traitement à un moment ou à un autre ?

Si la psychiatrie a tendance à employer le modèle du diabète insulinodépendant pour neutraliser les difficultés de la notion de guérison, les « déprimés » se trouvent désormais dans la même situation que les psychotiques : les phases aiguës de la pathologie sont assez bien prises en charge, mais la chronicité est la règle. Le constat est fait par des psychiatres se situant dans des courants

psychodynamiques[802] et psychopharmacologiques. Au final, écrivent deux psychiatres de Sainte-Anne, « les benzodiazépines ont perdu leur statut de médicaments [...] pour celui d'aide domestique. Il est à craindre que les antidépresseurs connaissent le même sort, et que, comme les benzodiazépines, certains d'entre eux induisent des dépendances avec malaise au sevrage et des usages abusifs, voire toxicomaniaques[803] ». Le problème est excellemment posé, et non dans une revue marginale de la psychiatrie, mais dans *L'Encéphale*, revue où (presque) toute la psychiatrie universitaire publie et dont chaque numéro spécial est sponsorisé par une entreprise pharmaceutique. L'antidépresseur sort de la catégorie des médicaments au même titre que la dépression sort de la maladie.

Les antidépresseurs diminuent plus ou moins l'insécurité identitaire d'une personne ressentant chroniquement son insuffisance[804], ils favorisent la régulation de l'action aussi longtemps qu'ils sont ingérés — du moins quand la dépression ne résiste pas. L'accompagnement de longue durée se substitue à la guérison précisément parce que les antidépresseurs sont aussi des médications antinévrotiques : ils mettent les conflits à distance. L'extension de leurs usages conduit à rendre fort délicate la distinction entre un trouble de l'humeur que l'on a dans un épisode dépressif, un symptôme névrotique exprimant les conflits inconscients d'une personne, un tempérament résultant des hasards de la génétique familiale ou, tout bonnement, des divers traumatismes sociaux liés aux modes de vie contemporains. Cette analyse se retouve autant dans les plus prestigieuses revues de psychiatrie que dans des manuels de psychiatrie et dans la littérature à destination des généralistes.

Cette situation paradoxale, où le médicament est investi de pouvoirs magiques alors que la pathologie se chronicise, commande

l'interrogation sur les limites de la maladie. On comprend que la distinction entre normal et pathologique soit devenue un problème moral. Dès 1985, Daniel Widlöcher, introduisant le numéro spécial de *La Revue du praticien* consacré en 1985 à la dépression, sonne l'alarme : « En matière de thérapeutique, la question est désormais posée de savoir à partir de quelle intensité et de quelle durée l'état dépressif doit être traité médicalement[805]. » Et elle est posée avant la vogue des ISRS par l'un des patrons de la psychiatrie française. Le lancement des nouvelles molécules a seulement accéléré le mouvement, il a jeté le problème sur la place publique. Cette ambiguïté accompagne la sortie d'une problématique qui alliait l'insuffisance au conflit. Elle a pour contrepartie l'interrogation sur l'identité de la personne : est-elle confortablement droguée ? Le déclin de la figure du conflit contribue à rapprocher, à tort *et* à raison, la drogue et le médicament psychotrope.

Usages abusifs d'antidépresseurs, difficultés à arrêter et risques de dépendances, tout cela semble lié aux faibles retombées thérapeutiques des progrès des neurosciences. Pierre Pichot l'a récemment souligné : « Le travail fait par les neurosciences est extrêmement impressionnant. Je ne discute pas cela, mais jusqu'à maintenant très peu en est sorti en termes d'applications cliniques concrètes pour la psychiatrie. » Il ajoutait : « Cela nous ramène à la définition du concept de maladie et à ses limites. Il n'y a pas de définition réellement satisfaisante[806]. » De telles remarques, qui ne sont pas rares, soulignent la faiblesse de la théorie dans la psychiatrie contemporaine. Satellite des neurosciences, d'un côté, dans la mesure où elle n'a plus guère d'autonomie vis-à-vis d'elles, besoin de répondre aux demandes sociales, de l'autre, la psychiatrie se trouve face à la nécessité de repenser ses références : comment

définir et conceptualiser la notion de pathologie mentale aujourd'hui ?

Le front du conflit : la guérison est un compromis

L'approche conflictuelle de la pathologie mentale est évidemment représentée par la psychanalyse. « La cure psychanalytique nous a montré qu'il nous faut vivre avec l'ombre du désespoir. Nos démons ne peuvent être ni expulsés ni étouffés : ils nous sont précieux comme un attribut de l'existence humaine. Si nous savons vivre avec eux, ils finissent par nous aider[807]. » Nous sommes dans la problématique du réaménagement du rapport à soi et non dans celle de la recherche du bien-être. La visée de guérison est amenée à relativiser la part du bien-être (animal) au profit de la liberté (humaine). Le malade est plutôt un sujet souffrant qui ne peut se reconnaître guéri qu'en intégrant la maladie dans son expérience et son histoire propre.

L'idée de guérison se caractérise non par un retour en arrière, d'avant la maladie, mais par le fait que le médecin, le psychothérapeute ou la molécule deviennent inutiles. Or ce moment est évidemment délicat à cerner et suppose une sorte de sagesse pratique, un compromis auquel le sujet participe avec l'aide de son thérapeute. Selon Georges Canguilhem, qui fait ici explicitement référence à la psychanalyse comme travail, le rôle du médecin est de pratiquer une pédagogie de la guérison : « Cette pédagogie devrait tendre à obtenir la reconnaissance par le sujet de ce fait qu'aucune technique, aucune institution, présentes ou à venir, ne lui assureront l'intégrité garantie de ses pouvoirs de relation aux hommes et aux choses[808]. » Canguilhem ajoute que cette limitation est inhérente au

vivant, elle en est la loi naturelle : « La santé d'après la guérison n'est pas la santé antérieure. La conscience lucide du fait que *guérir n'est pas revenir* aide le malade dans sa recherche de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation à un état antérieur[809]. » Il n'y a pas de guérison sans un travail, sans une élaboration, sans un récit, une fiction précisément dans laquelle la personne est impliquée parce qu'il y a un Je.

Une chose semble certaine dans le modèle conflictuel : le bien-être n'est pas la guérison, parce que guérir, c'est être capable de souffrir, de tolérer la souffrance. Être guéri de ce point de vue, ce n'est en effet pas être heureux, c'est être libre, c'est-à-dire retrouver un pouvoir sur soi permettant « de se décider pour ceci ou pour cela ». Si l'on accepte l'idée que la santé est la capacité à dépasser ses propres normes, il faut *distinguer le bonheur de la liberté* et le bien-être de la guérison. Si l'homme en bonne santé tolère des secousses multiples et doit pouvoir dépasser ses propres normes, j'ajouterai qu'en matière de désordre psychique il ne peut le faire que *parce qu'il est* conflictuel. Le conflit est à la fois moteur et frein.

De là cette virulence à l'égard du DSM qui place le clinicien face à « une option éthique : à savoir le choix entre l'idéal animal et l'idéal humain[810] ». Le choix serait entre une approche médicalisée qui n'aurait que faire d'un sujet et une autre qui n'aurait affaire qu'au sujet. On ne peut pourtant se contenter aujourd'hui d'un constat aussi radical car il évacue précisément une animalité — un corps — sans lequel nous ne pourrions être vivants. Le médicament soulage une souffrance qui signale un conflit, dit-on communément chez les psychanalystes. Il le maintient actif à notre insu et ne saurait être autre chose qu'une prothèse. Mais il permet, par exemple, de reporter à un moment plus favorable la confrontation de la personne à ses conflits. Et si l'on en croit un des plus fins

critiques de la psychanalyse, François Roustang, l'animalité humaine est passée à la trappe et la guérison simultanément. Oublier cette animalité, n'est-ce pas une forme de réductionnisme « spiritualiste » ? Tout doit-il advenir à la conscience pour qu'une guérison soit possible ? Roustang rappelle « certaines vérités méconnues par la psychanalyse qui considère la psyché dans son isolement et qui est contrainte de lui attribuer une réalité qu'elle ne peut cependant pas avoir si ce n'est par le soma[811] ». N'y a-t-il pas dans certains milieux psychanalytiques un évitement du corps et du social comparable à l'évitement de la psyché dans la psychiatrie biologique ?

Que dire également de ces cures interminables qui accompagnent un « patient » sur une très longue durée, voire à vie parce que « les connaissances qu'elle fournit ne conduisent pas à la modification[812] », ne permettent pas le changement sans lequel il n'y a pas de guérison ? La cure semble réduite à une « initiation aux mystères de l'inconscient[813] ». Le patient reste dans une dépendance à l'égard de son thérapeute, comme peut l'être celui qui ingère une molécule sur une très longue durée. La chronicité n'est sans doute pas le monopole de la psychiatrie biologique. François Roustang le remarque férocement, « si l'analyse n'a pas de limite dans le temps et dans l'espace [...], l'analyse ne durera pas seulement autant que la vie, elle absorbera toute la vie[814] ». La figure du valide invalide appartient à tous les marchés de l'équilibre intérieur.

Pour résoudre ses conflits, il faut une demande qui a la particularité de passer par une mise en question de soi. « Mais enfin, est-ce normal de se mettre en question ? », se demande fort pertinemment Joyce McDougall[815]. Pertinemment, car elle soulève le problème des clientèles de la psychanalyse aujourd'hui et des types de demandes qui lui sont adressées. La cure type s'adresse-t-

elle aux traumatisés de la précarité et de l'exclusion ? Aux nombreux salariés qui usent, et peut-être abusent, de tranquillisants et d'antidépresseurs (je ne parle même pas de l'alcool, le grand tabou français) pour tenir tête aux contraintes accrues qui s'exercent sur eux en attendant que l'orage passe éventuellement ? Est-il nécessaire par principe que chacun affronte ses conflits ? Les cas où le remède serait pire que le mal ne sont-ils pas innombrables ?

Si le conflit est le miel dont se nourrit la psychanalyse, il apparaît nettement que de nouvelles demandes lui sont continuellement adressées : elles n'ont pas le visage limpide du conflit, mais celui plus insaisissable du vide. Ces demandes ont émergé au cours des années 1970 et ont polarisé un débat entre névrose et dépression. Elles s'énoncent aujourd'hui dans les termes vagues d'un mal-être résultant des nouvelles contraintes économiques et sociales, mais aussi de la précarisation de la vie privée. Les courants psychosomaticiens de la psychanalyse et les spécialistes des toxicomanies réfléchissent particulièrement sur les pathologies de la béance, du vide et du manque. Mais une telle réflexion se développe également au sein du noyau dur, c'est-à-dire dans les sociétés d'analystes[816].

Le responsable d'un centre de consultations et de traitements psychanalytiques, qui reçoit environ un millier de demandes chaque année, constate la croissance des demandes d'analyse motivées par un licenciement, le chômage ou la précarité. « Nous avons vu émerger une *néo-traumatologie*, dans laquelle la référence répétitive, lancinante, à une réalité factuelle conférait à la symptomatologie un caractère de *névrose actuelle*[817]. » Plus précisément, il s'agirait « d'une forme de "névrose de guerre économique"[818] ». Cette clientèle est souvent peu stable dans le suivi de la cure, y compris lorsque les projets des patients ont été « longuement travaillés et

mûris[819] ». Ils ont une nette difficulté à s'engager sur la longue durée. Mais le plus significatif, selon l'auteur, est que « les problématiques centrées sur le désir et l'interdit [...] ont cédé le pas, en fréquence, aux problématiques centrées sur la perte d'objet et l'identité subjective [...]. Surtout, les ensembles symptomatiques paraissent plus flous, polymorphes, avec des somatisations et des agir marquants », et les patients sont parfois « captifs d'un éternel présent[820] ». D'où la nécessité d'adapter le cadre classique de la cure en diversifiant les modes d'approche des patients. Enfin, un dernier point est à signaler concernant cette tonalité du mal-être : après les entretiens préliminaires, les analystes ne savent pas définir les références à la souffrance de ces patients, « on ne sait pas trop *où* ça fait mal, *comment* et quand[821] ».

De même que la psychiatrie publique voit la part des psychoses diminuer relativement par rapport aux multiples traumatismes engendrés par la précarité, la psychanalyse est sans doute en train de prendre acte de la relativisation des psychonévroses de défense (hystériques, phobiques, obsessionnelles) dans sa clientèle.

L'Homme pathologique : un traumatisé plus qu'un névrosé

Du côté de la psychanalyse, le fait d'acquérir une plus grande lucidité est soupçonné de ne point conduire à la guérison, du côté psychiatrique, l'abandon du conflit au profit du bien-être fait rater la guérison.

L'ensemble des éléments qui ont fait sortir la psychiatrie de la référence à un sujet malade contribuent à une déclinaison des traitements entre une gestion fine des humeurs et un maintien de l'idée de guérison. La première est dans l'horizon d'un bien-être,

d'une qualité de vie qu'on peut également regarder comme une dépendance, la seconde dans une perspective où la liberté de se décider pour ceci ou pour cela domine celle du bien-être. On ne peut sans doute faire *comme si on pouvait délivrer l'homme de ses conflits,* ainsi que le montre fort concrètement la tendance à la chronicisation de la dépression sur le front du déficit, mais on ne peut pas non plus faire *comme si l'on n'avait que du conflit*, parce qu'aux pathologies narcissiques, dont le repérage est sans doute favorisé par la domination des normes d'initiative sur celles d'interdiction, s'ajoutent de multiples souffrances psychiques résultant de la précarisation de la vie et que se diffusent des formes de désespoir qui ne sont souvent pas l'expression de conflits. Plus encore, elles ne sont souvent pas des pathologies du tout. Sur les deux fronts, l'homme pathologique a changé.

Le déclin relatif des psychoses dans la psychiatrie publique et des psychonévroses de défense dans la psychanalyse relève d'une même dynamique. Nonobstant des degrés d'intensité différents dans les pathologies, elles se ressemblent sur un point : l'importances des traumatismes. L'homme pathologique d'aujourd'hui est plus un traumatisé qu'un névrosé (ou un psychotique), il est bousculé, vide et agité. Et, dans les situations de précarité, il remplit difficilement les conditions matérielles, sociales et psychologiques pour accéder au registre du conflit. Les nouvelles menaces intérieures et leurs traitements dessinent un individu dont l'identité interne est chroniquement fragilisée, mais qui est parfaitement accompagnable sur la longue durée.

Le débat entre la spécificité et la non-spécificité d'une thérapie, qui avait opposé Jean Delay à Henri Ey sur les électrochocs, puis Nathan Kline à Roland Kühn sur les antidépresseurs, est désormais réglé : la non-spécificité a remporté la victoire. Les nouvelles

molécules sont plus les *psychic energizers* de Kline que les thymoanaleptiques de Kühn. En agissant sur la plupart des troubles mentaux non psychotiques, ils sont de véritables aspirines de l'esprit. Mais cette victoire s'opère dans un contexte d'allongement démesuré des chimiothérapies. Les améliorations apportées à ces molécules en font aujourd'hui des médicaments « idéaux », mais à condition de préciser qu'ils sont idéaux pour une maladie chronique. Cette redéfinition « fait passer la pilule » de l'insuffisante efficacité curative des molécules, au sens où elles débarrasseraient la personne de l'atteinte mentale. L'individu d'aujourd'hui n'est ni malade ni guéri. Il est inscrit dans de multiples programmes de maintenance.

Nous pouvons désormais mieux voir comment l'histoire de la dépression met en lumière le type de personne que nous sommes devenus dans la foulée des exigences de la libération psychique et de l'initiative individuelle. La dépression est à l'insuffisance ce que la folie est à la raison et la névrose au conflit. La dépression est le médiateur historique qui fait *reculer l'homme conflictuel,* guetté par la névrose, *au profit de l'homme fusionnel*, à la recherche de sensations pour surmonter une intranquillité permanente. Le déficit comblé, l'apathie stimulée, l'impulsion régulée, la compulsion surmontée, font de la dépendance l'envers de la dépression. L'évangile de l'épanouissement personnel dans une main, le culte de la performance dans l'autre, le conflit ne disparaît pas, mais il perd de son évidence, il n'est plus un guide sûr.

La sortie de la référence à la nature et à la maladie en psychiatrie

En passant du carrefour au fourre-tout pour finir par se fragmenter dans les dimensions, les dysthymies et l'anxiodépressif, la dépression regroupe aujourd'hui un ensemble de difficultés personnelles concernant tous les aspects douloureux de la vie. Elle parcourt la ligne de l'existence en donnant un nom générique à la plupart des troubles de l'humeur et des dysfonctionnements de l'action. La difficulté à définir la maladie trompeuse a autorisé une extrême plasticité de ses usages. Son noyau, inconnu, est tenace au point de la rendre au mieux très récidivante, au pire chronique. Les traitements de maintenance, même s'ils font encore l'objet de discussions, sont largement approuvés. Les antidépresseurs ont des effets sur une large gamme de symptômes et ne rendent plus nécessaire un diagnostic fondé sur l'étiologie. Mais en échange de l'abandon de l'étiologie, la maladie se trouve placée aux confins de la personne qui est pathologique et de la personne qui a une pathologie.

Quand la nature n'est plus un socle, la maladie n'est plus un critère

Le cas de la dépression montre que l'évolution de la psychiatrie est parcourue par les mêmes tendances que les autres sciences de la vie, à savoir que l'on peut agir sur la nature, en l'occurrence psychique, et pas seulement sur des maladies ou des dysfonctionnements héréditaires qu'on devait subir tant bien que mal. La donne a changé pour le vivant, mais le problème pour la psychiatrie est que ces maladies sont « spéciales ». Elle concerne les usages possibles de la notion de personnalité à travers deux questions qui sous-tendent l'histoire biologique, médicale et

psychopathologique de la dépression : *Que* soigne-t-on ? *Qui* guérit-on ?

Les approches syndromiques ou dimensionnelles ont fourni les outils d'une fidélité descriptive indispensable à la recherche épidémiologique et pharmacologique, mais n'ont guère amélioré les possibilités de guérir. Il en va de même des progrès de la neurobiologie et de la pharmacologie. Pire, la psychiatrie universitaire se voit réduite à prendre l'exemple du diabète insulinodépendant pour justifier la chronicité — elle aurait pu prendre celui des psychoses, mais cela aurait été, on l'imagine ! du plus mauvais effet sur la clientèle. Il est difficile de ne pas constater un échec global de ce programme, mais *échec en un sens précis* : il n'a pas réussi à faire progresser la guérison. Il vaut mieux le reconnaître carrément pour au moins une raison : on peut en tirer des conséquences sur la signification de ce qui se passe et mieux comprendre au nom de quelle référence *commune* nous voulons ceci et nous ne voulons pas cela.

Les ISRS seraient les premiers antidépresseurs à agir sur la personnalité et à la modifier au point que, dans un certain nombre de cas, les gens considèrent qu'ils sont enfin libres d'être eux-mêmes. Ils réveillent « la force intérieure », tandis que la publicité pour *tous* les antidépresseurs se modifie — celle qui promet « la réouverture du champ relationnel », celle qui revendique le titre de « tricyclique du bien-être » ou fait « revivre l'émotion ». La toute-puissance, la relation à l'autre, le bien-être, l'authenticité émotionnelle, tout y passe. La presse américaine a souvent titré ses articles sur le Prozac avec des « A new Self » ou « A new You ». Or, on l'a vu, les anciens antidépresseurs pouvaient entraîner un tel effet, mais ils n'agissaient généralement pas sur les personnes saines, d'une part, et devaient préparer le malade à affronter ses conflits,

d'autre part. La psychiatrie était dans la référence à la nature et à la maladie. Par conséquent, les ISRS sont les premiers antidépresseurs à agir sur la personnalité, mais *à condition* d'apporter une précision : dans un contexte où aucun modèle de maladie ne peut servir de référence solide et où la nature elle-même n'est plus un socle[822]. Nos convictions normatives sur ce que doit être la personne pour être considérée comme une personne véritable en sont ébranlées.

Nous savons que nous pouvons agir sur nous-même, quels que soient la pathologie et son motif, grâce à des molécules qui diminuent l'intensité des conflits ou les conséquences des traumatismes. Nous savons donc que notre nature psychique n'est plus un soubassement, elle est sans qualités. Nous sortons en même temps de la nature et de la maladie. Faut-il craindre que « l'apparition des médicaments transnosographiques induise des effets de désubjectivation[823] », comme le pense Pierre Legendre ? Ces médicaments mettraient fin au sujet, car celui-ci ne serait plus soumis au conflit et au renoncement, ne serait plus confronté à la loi du désir. « Au nom de quoi veut-on[824] ? » se demande Legendre. La question est politique, précise-t-il à juste titre, car elle renvoie au monde commun. Malheureusement, Legendre ne nous propose guère d'autre solution que de revenir à l'époque du droit canon.

Il ne me semble pas que le déclin du sujet, c'est-à-dire du sujet de ses conflits, soit équivalent à une désujectivation. Il montre plutôt que l'humain d'aujourd'hui n'est plus tout à fait celui de la fin du XIX^e^ siècle ni même celui de la moitié du XX^e^ siècle, car les conditions et les formes de la finitude ont changé. Il faut intégrer dans la réflexion sur le « sujet » quelques arguments qui n'ont pas été assez mis en relief en France.

Des arguments américains pour une controverse française

En 1997, Peter Kramer ajoute une postface à la nouvelle édition américaine de son livre. Dans la mesure où il est impossible de camper sur une délimitation stricte de la pathologie, il pose brutalement la question : « Élargissement du concept de maladie mentale ou modification des états mentaux normaux[825] ? » À la différence de la plupart des psychiatres, français particulièrement, qui se contentent de constater l'insuffisance du concept de maladie en psychiatrie sans proposer de solution dont on pourrait débattre, Kramer avance des arguments pour penser la prescription de psychotropes hors d'une référence à un diagnostic. L'intérêt de Kramer pour les Français est qu'il est, si je puis dire, un vrai Américain : son argumentation est pragmatiste, il propose un choix et en évalue les conséquences, et sa vision du sujet est utilitariste — c'est en utilisant à bon escient les penchants de l'homme qu'on fait une société. Ses arguments manquent heureusement de hauteur métaphysique et morale. Ils sont terre à terre, et c'est justement leur intérêt. Il dit tout haut ce qui se pratique massivement tout bas.

Le fort intéressant chapitre final de son livre, « Le message dans la gélule », cherche à démêler les espoirs et les peurs que les nouvelles molécules génèrent. Kramer tente d'élaborer des critères justifiant le traitement d'une personne non malade en différenciant la molécule antidépressive d'une drogue. Le Prozac est loin d'être une drogue, parce qu'il « induit du plaisir, en partie en rendant le sujet libre de s'adonner à des activités sociales et productives. Et, contrairement à la marijuana, au LSD et même à l'alcool, il n'est pas source de plaisir en soi, et il n'entraîne pas de distorsion dans la perception. Le Prozac donne simplement aux personnes

anhédoniques accès aux sentiments de plaisir dont jouissent les sujets normaux[826] ». Il pense que la généralisation d'un tel usage ne représenterait pas une rupture de nos sociétés, car il est déjà bien établi en médecine : produits contre la calvitie ou l'acné juvénile, chirurgie esthétique, œstrogènes pour limiter les effets de la ménopause, etc. Il aurait également pu prendre d'autres exemples pour renforcer son raisonnement. Ainsi de l'aspirine, qui est essentiellement une médication symptomatique, des hormones qui diminuent les risques associés à la ménopause, ou encore, dans un registre plus spectaculaire, de la procréation médicalement assistée qui permet de surmonter une insuffisance physiologique. Ces exemples regroupent des situations de plus en plus répandues. On le sait, la médecine n'est plus limitée aux maladies.

Kramer propose un choix : utiliser les molécules pour le traitement de la dépression, qui serait alors prise en charge par la protection sociale, ou pour l'amélioration du confort psychologique des « sujets normaux », qui ne donnerait pas lieu à remboursement[827]. L'important est au fond que ces molécules multiplient les capacités individuelles sans les toxicités et les risques de désinsertion attribués aux drogues et à l'alcool. Kramer a parfaitement raison de situer la psychiatrie dans les tendances de la médecine. En effet, le raisonnement psychiatrique actuel légitime la mise sous antidépresseur de toute personne subissant une forme d'invalidité quelconque : dysthymiques, anxiodépressifs, inhibés, paniqués ou subsyndromiques en tout genre, qui peuplent les cabinets des généralistes (mais aussi des cardiologues, des rhumatologues, etc.), doivent être traités *en première intention* par un antidépresseur. La prescription de molécules au large spectre d'efficacité répond à l'accroissement des exigences normatives d'aujourd'hui : la difficulté à faire face peut coûter cher à une

individualité prise dans des trajectoires où les échecs professionnels, familiaux et affectifs sont susceptibles de se cumuler rapidement. Ces échecs conduisent à être rejeté de la socialité beaucoup plus rapidement qu'auparavant.

L'accueil critique fait en France à ce livre montre que les questions posées par Kramer n'ont pas été comprises. La perspective utilitariste de Kramer s'est heurtée au mur de la métaphysique française. La grande affirmation contestable, et contestée par de nombreux psychiatres, est de faire croire à une pilule miracle qui rend la plupart du temps celui qui l'ingère « mieux que bien[828] ». Il y a là un leurre car, comme n'importe quel antidépresseur, il possède une efficacité thérapeutique inégale et est loin d'être un antidépresseur idéal. La presse hexagonale a globalement vu dans ce livre un éloge du bonheur sur ordonnance, et je ne crois pas que l'ouvrage ait été vraiment discuté en psychiatrie. Les deux corps professionnels n'ont pas remarqué les questions auxquelles l'auteur s'attache[829]. L'intéressant raisonnement pragmatique de Kramer n'a eu aucun écho dans un pays qui sacralise à tel point le Sujet que la moindre inhalation d'une bouffée de cannabis est déjà une atteinte à la dignité de la personne. Kramer avance des arguments qui auraient pu lancer un bon débat sur les antidépresseurs et éclairer l'opinion sur la complexité du traitement de la chose mentale.

Le psychiatre et historien David Healy, dans un ouvrage très documenté sur l'histoire des antidépresseurs, se pose le même type de questions à la fin de son enquête. Il insiste particulièrement sur « le rôle des traitements médicamenteux [qui] devrait être de faciliter la résolution d'un trouble plutôt que de soigner une maladie spécifique[830] ». Il propose aussi des critères pratiques permettant de remplacer la référence, aujourd'hui intenable, à la maladie. En tant que médecin, dit-il, « je jouis d'avantages considérables qui sont

déniés aux autres. Je peux prendre un tranquillisant avant une conférence ou une interview, sans avoir à montrer ainsi ma “faiblesse” à autrui. Je peux traiter ma peau sèche avec la pommade stéroïde de mon choix[831] », etc. Il pourrait en être ainsi pour chacun, mais à condition que les consommateurs soient bien informés par leurs médecins des risques et des avantages de chaque choix. Au lieu d’appeler les molécules « antidépresseurs », on leur substituerait le mot « tonique » — un tonique ne soigne pas une maladie.

Kramer, de son côté, enfonce le clou : « Le psychisme n’est aucunement une sphère privilégiée, et aucun problème ne relève du seul domaine de la compréhension de soi. Nous ne sommes pas uniquement constitués d’expériences[832]. » En effet, les déséquilibres neurochimiques, les difficultés de transmission de l’information entre les neurones font aussi partie de nous. Il met ainsi en avant l’importance de la part animale dans la définitition de soi et la façon dont son traitement est susceptible d’améliorer le fonctionnement des « fonctions supérieures », pour parler dans l’ancien langage. Kramer défend une médecine des comportements. La dissolution de la psychiatrie que craignait Henri Ey en est sans doute la conséquence, mais la psychiatrie ne traite plus des maladies ni même peut-être des syndromes. Édouard Zarifian critique cette tendance de la psychiatrie à réguler des comportements. Il souligne tout particulièrement le déclin de la psychopathologie dans l’enseignement de la psychiatrie. On retrouve aujourd’hui le conflit qui, de l’électrochoc à l’après-Prozac, ne cesse de hanter la psychiatrie entre le spécifique et le non-spécifique. Y a-t-il aujourd’hui sur ce point des éléments nouveaux qui pourraient éclaircir cette controverse ?

La psychiatrie française devrait peut-être se souvenir d’une vieille leçon politique d’Henri Ey : « Certes, déclarait-il en 1947,

nous ne pouvons pas discuter jusqu'au moment où nous serons tous d'accord, ni jusqu'à ce que nous ayons enfin trouvé la solution des problèmes en examen !... Non ! la discussion pourra s'arrêter lorsqu'un certain nombre de positions *doctrinales* cohérentes auront pu être définies et pourrront par conséquent se proposer au choix de chacun[833]. » Éclaircir les positions, bien voir les arguments, cela seul importe, car l'hétérogénéité des pathologies mentales interdit l'espoir d'un accord entre écoles et courants.

Les nouveaux antidépresseurs sont certainement d'excellents médicaments, mais à condition de préciser les limites de leur efficacité thérapeutique. Laisser croire à des miracles auxquels la profession elle-même ne croit pas ne peut susciter que des déceptions. A-t-on fait, en France, le recensement des déçus de la chimiothérapie ? Dans une société où les contraintes d'initiative individuelle sont fortes et où la responsabilité des échecs pèse particulièrement sur les plus faibles socialement, la médecine des comportements a sa légitimité, et je ne vois pas au nom de quel argument moral il faudrait la diaboliser. La seule chose qui importe, c'est d'en éclaircir les enjeux et d'en indiquer les limites au lieu de laisser se poursuivre une confusion inutile, sinon néfaste. Mieux vaut le dire deux fois plutôt qu'une, le sociologue ou l'historien n'ont pas à dire aux gens comment ils doivent penser et vivre.

Une remarque de Janet qu'on ferait bien de ne pas oublier

On retrouve à propos du traitement pharmacologique la critique de l'abaissement moral qui avait été adressée à l'hypnose. Janet pensait que cette critique reposait sur une idée confuse : « Dans la thérapeutique suggestive on utilise des puissances qui sont peu

honorables ou qui ont peu de valeur morale. [...] La suggestion est méprisable parce qu'elle n'agit que sur la surface de l'esprit et non sur le fond de l'âme, elle modifie seulement des symptômes et ne transforme pas le fond de l'esprit du malade. » « Quand même cela serait vrai, rétorque Janet, est-il donc interdit de recourir à des médications symptomatiques, et toute la thérapeutique des autres maladies n'en est-elle pas remplie[834] ? » La remarque était pertinente : l'opposition du superficiel et du profond, du haut et du bas, du volontaire et de l'automatique commande la critique morale. Il y a une constante du conflit entre la part haute et la part basse de l'homme : il s'agit de maintenir la supériorité de l'esprit sur le corps. C'est le sens de l'interrogation : est-il confortablement drogué ? Les nouvelles molécules ne sont pas plus efficaces que les anciennes, le pourcentage de dépressions résistantes n'a pas diminué, les effets sur les patients sont aléatoires, nous sommes loin d'une molécule permettant de maîtriser les affects et de nous transformer selon nos goûts. Que reste-t-il en effet des miracles de la pharmacologie avec la transformation de la dépression en une maladie chronique ? « Même lorsque le médicament réussit, écrivait Dagognet en 1964, il n'en faut pas conclure qu'il délivre[835]. » On oublie qu'un bon médicament n'a pas besoin d'être assimilé à un philtre magique.

Les antidépresseurs ne peuvent réaliser le rêve d'une « désinfection mentale ». Ils suggèrent plutôt que la renaturalisation de la psyché bute sur cet obstacle nouveau — du moins hors des psychoses — qu'est la chronicité. Sauf à rester dans une pensée magique qui espère encore l'invention, toujours repoussée à un futur imprécis, d'un « rédempteur spécifique » qui guérirait à coup sûr, la psychiatrie ne gagne rien à rebiologiser entièrement le trouble mental, à renaturaliser l'esprit et oublier que le type de pathologie dont elle traite a cette spécificité unique dans la médecine d'être à

l'intersection du médical et du moral. Les biologistes le soulignent, le vivant humain est caractérisé par sa possibilité d'échapper à son destin génétique[836], cette possibilité impose des limites techniques aux retombées thérapeutiques des progrès de la pharmacologie : la programmation de l'esprit relève d'une impossibilité pratique. S'il n'y a pas de magie blanche, pourquoi craindre une magie noire ?

Le conflit est suspendu par la molécule, et il se produit, dans le meilleur des cas, ce changement de personnalité évoqué ici ou là — lequel avait déjà été noté par des Guyotat ou des Lambert au début des années 1960. Considéré comme une désinfection mentale à la manière de Janet, le traitement est susceptible d'améliorer les possibilités d'une personne en agissant sur sa nature psychique. La prise d'un antidépresseur n'est pas en cause, car elle n'a jamais été contradictoire avec un désir de connaissance de soi ou de résolution de conflits. L'individu a seulement les moyens matériels de mettre à distance les conflits, éventuellement tout au long de sa vie. Cette mise à distance est plus ou moins efficace selon les personnes et selon les moments, mais elle situe le nœud du problème de la personne. La molécule permet de surmonter ce dont nous souffrons dans une dépression, selon les psychanalystes, à savoir de ne pas être à la hauteur de notre idéal du Moi, l'idéal qui, au contraire du Surmoi, engage à faire. Le conflit n'a pas disparu, il est rendu moins visible parce que moins contraignant.

Un socle s'est ici fissuré, une situation psychiatrique inédite s'est ouverte avec, d'un côté, la chronicité, de l'autre, l'efficacité confortable des molécules. La pharmacologie permet d'agir sur l'esprit insuffisant, malade ou non. En réduisant les inégalités psychologiques léguées par la nature ou par la filiation pour nous améliorer, les nouvelles molécules font la preuve qu'il est possible d'agir sur la nature d'une personne — son tempérament, son

caractère —, c'est-à-dire sur ce qui ne change pas dans le temps. La sortie de l'appui sur la nature nous place en permanence sur des frontières. Elles rappellent à la psychiatrie qu'elle reste une médecine spéciale, à l'intersection du médical et du moral. En ne reconnaissant plus sa spécialité sans que l'efficacité thérapeutique ne s'accroisse, elle se trouve soupçonnée de couvrir « un déficit par un artifice », pour reprendre l'expression de Sandor Rado.

« Notre plus grande crainte, écrit Kramer, [...] était que ce médicament nous prive de ce qui est spécifiquement humain : l'angoisse, la culpabilité, la honte, la peine, la conscience de soi. [...] Si les implications morales du Prozac sont difficiles à déterminer, c'est non seulement parce que le produit est nouveau, mais parce qu'en tant qu'individus nous sommes nouveaux nous aussi. Comme tant de sujets qui réagissent bien au Prozac, *nous sommes doubles*, et possédons deux perceptions de nous-mêmes. Ce qui est terrorisant pour l'ancienne identité est déjà plaisant, voire avidement recherché par la nouvelle identité. C'est là, je pense, que réside la plus importante conséquence morale du Prozac : en modifiant notre perception des contraintes qui pèsent sur le comportement humain, [...] il change la catégorie de preuves à laquelle nous prêtons attention[837]. » Le mot clé est : double. En effet, à la place du conflit, qui fonde l'unité d'un sujet, une double identité qui s'offre à la personne comme un choix. Dans la mesure où la personne est à la fois valide, grâce à la molécule, et invalide, sans elle, qui est la vraie personne ? Le sujet de la névrose s'était construit par la sortie du double (Janet) au profit du conflit (Freud). Le déclin de celui-ci a pour contrepartie le retour de l'interrogation sur les doubles identités. Mais cette interrogation s'énonce dans des termes qui ne pouvaient exister au début du XX^{e} siècle : être plus que soi

(jusqu'où ?) ou autre que soi (qui ?). C'est un langage que nous connaissons tous fort bien : celui de la drogue.

La dépendance est, au même titre que la dépression, à la fois une maladie et un état d'esprit. Elle recouvre un territoire qui va bien au-delà des médicaments psychotropes et des drogues illicites. Ainsi, les innocentes techniques d'amélioration de soi, qui se sont popularisées au cours des années 1970, se sont transformées aujourd'hui en une méfiance à l'égard des sectes dont le marketing est centré sur la transformation personnelle : à l'horizon de la libération de soi, la dépendance à l'égard d'un maître. La crainte de la secte est désormais à la psychothérapie ce que la peur de la drogue est au médicament psychotrope — peu importe, de ce point de vue, qu'il s'agisse de chimie ou d'organisation.

Le conflit en déclin, du psychique au politique

Le différend entre Janet et Freud se poursuit un siècle plus tard, mais dans un contexte pharmacologique, qui permet d'agir au moyen de substances sur nos tempéraments autant que sur des pathologies, et normatif, qui nous convie à devenir nous-même et à nous dépasser dans l'action. La sortie de la référence à la maladie et à la nature en psychiatrie, d'une part, l'invocation de la crise de l'interdit, d'autre part, sont d'un parallélisme étonnant. La psychiatrie sort de ces références au moment même où nous semblons moins divisés par des conflits que vidés ou agités. Si plus rien n'est destin, en échange plus rien n'est permanent. La personne contemporaine est prise dans un processus de « déconflictualisation » dans le psychiatrique et le socio-politique.

LA « DÉCONFLICTUALISATION » DU PSYCHIQUE OU LA REVANCHE POSTHUME DE JANET SUR FREUD

Le conflit structurait la relation à deux niveaux. Le premier est politique, il se trouve au sein de l'entre-nous collectif. L'invention du social (l'assurance pour les travailleurs et l'assistance pour les incapables de travailler), sa mise en forme par la représentation politique (parlements et partis) et les organisations de masse (syndicats, mouvements de jeunesse) ont permis de surmonter un risque que la lutte des classes portait en elle : celui du dérapage dans la guerre civile. Ce style de mise en forme offrait au conflit une scène — politique — qui lui donnait son sens en dessinant des lignes d'affrontements et d'accords entre les acteurs. Répartir plus justement la richesse produite et lutter contre les inégalités de chances entre classes sociales sont les deux grands compromis politiques qui s'imposent au cours de la seconde moitié du XIX^e^ siècle. La division du social conditionne l'unité de la société, le conflit permet de faire tenir un groupement humain sans qu'il ait besoin de justifier son sens en se référant à un ailleurs et sans qu'un souverain décide pour tous. C'est là le noyau du politique en démocratie[838].

Au niveau de la personne, le conflit remplissait une même fonction symbolique : structurer une relation entre soi et soi où les éléments sont à la fois en rapport et en conflit, *en rapport parce que en conflit*. La division de soi est constitutive de l'unité de la personne. Cette division naît dans les marges du sujet de la folie et devient le centre du sujet de la névrose. Elle est sa dimension non pas privée (on ne la choisit pas), ni même intersubjective (on ne la négocie pas), mais instituante : « La satisfaction du désir, écrit Legendre, n'est pas au programme de la reproduction de l'humanité,

mais sans le désir la reproduction n'aurait pas lieu. Il est impossible de lever cette contradiction[839]. » Cette loi peut être transgressée, mais non abolie.

La dépression est un des marqueurs de la difficulté pour le conflit à produire de la relation. Le conflit n'est plus le grand ressort de l'unité du social et de la personne. Quels sont alors les ingrédients qui font, défont et refont la relation intime et la relation sociale ? Il faut saisir ensemble l'intime et le social.

L'imprégnation récente de nos sociétés par la dépression recouvre exactement le processus de déclin de la notion de sujet qui s'était imposée à partir de la fin du XIX^e^ siècle. Freud — et non Janet — a donné au sujet moderne sa forme idéale. Elle est idéale pour deux raisons. La première raison a un caractère universel pour la modernité : Freud a intégré l'animalité humaine (le Ça) à la civilisation (le Surmoi) : nous sommes faits de pulsions et d'instincts, comme tout mammifère, mais notre particularité est que la loi morale nous divise et engendre, pour parler exactement comme Freud, cette variante topique de la culpabilité qu'est l'angoisse. L'expérience conflictuelle structure l'identité du sujet dont elle maintient l'unité, mais l'intensité du conflit peut être telle que la personne se fragmente dans la psychose, que son Moi s'éparpille dans la dissolution identitaire, dont Bleuler a fait le noyau des schizophrénies.

La seconde raison tient à ce qu'il a considéré l'humain à partir de son indétermination, comme l'a souligné Jacques Lacan dans son séminaire tenu en 1959 et en 1960 sur *Malaise dans la civilisation.* Or, dans l'usage français de la psychanalyse, la culpabilité est centrale, elle est un moyen de mettre en forme cette indétermination. L'introducteur des idées de Freud en France, le psychiatre Angelo Hesnard (dont il faudra sans doute un jour

réévaluer le rôle), met l'accent sur la question de la faute et de la culpabilité dès son premier ouvrage publié en 1913, et reprend continuellement ce thème par la suite : il est le centre de toute son œuvre[840]. La psychanalyse fournit, écrit-il par exemple en 1946, une morale pour « une humanité qui tend à rester absolument ignorante de sa propre animalité foncière[841] ». Elle lui permet de guérir des fantasmes infantiles portant sur des fautes imaginaires et de reconnaître des valeurs morales adultes. Les notions de faute et de conflit morbide façonnent l'introduction de la pensée de Freud en France, alors qu'elles sont secondaires dans l'histoire américaine de la psychanalyse[842].

La psychanalyse française est une science de l'homme coupable, la psychanalyse américaine une science du développement personnel — elle utilise les penchants naturels de l'homme pour son propre bien et pour celui de la société. On ne trouve guère sous une plume américaine cette centralité de la culpabilité qu'un Pierre Legendre (professeur de droit et psychanalyste lacanien) met en avant : « C'est par la culpabilité, que les institutions ont prise sur le pulsionnel, car [...] les sujets savent [...] qu'ils sont coupables — *plus ou moins coupables* — de leurs pulsions[843]. »

Selon Lacan, Freud pense que ce que cherche l'homme, c'est le bonheur, mais pour le réaliser « il n'y a absolument rien de préparé, ni dans le macrocosme ni dans le microcosme[844] ». Le couple Ça-Surmoi s'inscrit dans une tradition de la métaphysique du Sujet qui exige la nécessaire limitation des penchants naturels de l'homme pour qu'une société existe. En France, à partir des années 1950, lorsque Lacan prend un poids institutionnel tel que toute la psychanalyse française s'organise en fonction de lui, la relation à l'interdit domine la pensée. Jacques Lacan fait référence au conflit morbide d'Hesnard et montre que le sujet doit risquer l'angoisse de

castration, pour accéder simultanément au désir et à la loi. Le sujet lacanien ne connaît pas le corps, il est soudé à la loi. L'enfant devient un sujet adulte en éprouvant la différence entre le père castrateur — imaginaire — et le père origine du Surmoi — symbolique. « Ce que l'analyse articule, écrit-il en 1960, c'est que, dans le fond, il est plus commode de subir l'interdit que d'encourir la castration[845]. » Pour devenir sujet, il faut passer par l'angoisse d'être soi. Le névrosé, lui, adopte la solution commode, il n'accède ni au désir ni à la loi. La conflictualité psychique, que Lacan radicalise jusqu'à la négation de l'animalité humaine, est essentielle à la pensée française. Elle est utilisée autrement par la psychanalyse américaine qui vise surtout à permettre aux gens de se perfectionner par eux-mêmes. La façon de concevoir l'individualité, pathologique ou non, est toute différente. L'angoisse de castration est à la France ce que la mobilité du Moi est aux États-Unis. Elle occupe une place essentielle dans le dispositif psychanalytique hexagonal.

Cette métaphysique du Sujet est une position partagée par la psychanalyse française, et cela bien au-delà des cercles lacaniens. Elle définit un style psychanalytique national, républicain pourrait-on dire. Le système normatif républicain consiste à arracher l'individu à ses dépendances privées pour en faire un citoyen, alors que la norme politique américaine consiste à permettre l'expression des intérêts privés dans l'espace public. L'identification du sujet du désir et du sujet de la loi, qui semble être une invention française, est analogue au rapport du citoyen à la loi. La déclaration d'Indépendance américaine parle de « quête du bonheur », alors que la citoyenneté française est organisée par la loi impersonnelle : obéissant à travers elle à tous, le citoyen ne dépend d'aucun homme et n'obéit ainsi qu'à lui-même. II y a là une façon de voir le sujet

psychologique et le sujet social que l'on retrouve dans de nombreux domaines, et particulièrement dans l'investissement contemporain dans la loi pénale : n'est-elle pas investie aujourd'hui d'une mission de structuration du sujet[846] que les autres institutions semblent aujourd'hui incapables d'assurer ? Les rapports entre le désir et la loi sont en France un problème qui dépasse de beaucoup les cercles psychanalytiques.

Freud a fait de la névrose une référence pour énoncer les dilemmes de l'homme normal, rôle que la folie, de par sa radicalité, ne pouvait remplir. Le déclin de la névrose est celui d'une expérience du monde qui mettait le conflit au centre de la condition humaine et lui donnait son sens. L'homme conflictuel était encore pris en charge par un dehors supérieur à lui, il était soumis à une loi et à une hiérarchie fortes, son corps rendu docile par les disciplines. La notion de loi renvoie à la condition de la liberté *et* au contrôle social. Elle fait régner l'ordre dans le sujet et dans la société.

L'inhibition est normativement visée dans une culture de l'interdit et de l'obéissance, elle permet également de modérer les ambitions personnelles de la masse. Le névrosé souffre ainsi d'une trop grande surcharge d'interdits, son Surmoi est trop sévère, et ce qui est une condition de la civilisation bascule dans un raté de la personne. Dans une culture de la performance et de l'action individuelle où les pannes énergétiques peuvent être payées fort cher, parce qu'il est nécessaire d'être en permanence à la hauteur, l'inhibition est un pur dysfonctionnement, une insuffisance. L'individu est placé institutionnellement dans la nécessité d'agir à tout prix en s'appuyant sur ses ressorts internes. Il est dans l'initiative plus que dans l'obéissance, il est pris dans la question de ce qu'il est possible de faire et non dans celle de ce qu'il est permis de faire. C'est pourquoi l'insuffisance est à la personne

contemporaine ce que le conflit était à celle de la première moitié du XX^e siècle. De la névrose à la dépression, nous venons d'assister à la revanche posthume de Janet sur Freud.

La mélancolie de l'homme d'exception alliée à la passion égalitaire

En attirant la névrose dans l'orbite de la dépression et en cherchant à se débarrasser, pour de multiples raisons pratiques, de l'embarrassante question de l'étiologie, la psychiatrie se retrouve avec l'encombrant problème de la chronicité et de la dépendance. Certes, elle y est confrontée depuis longtemps avec les psychoses. Mais il s'agit ici d'une autre pathologie mentale, d'une autre société, d'une autre expérience de l'immaîtrisable, de l'inconnu : moins « autre » justement, moins radicale que la folie et en même temps différente de la familiarité de la névrose. La dépression n'a guère la puissance d'effroi de la folie ou les ambivalences de l'ancienne mélancolie. Il y a pourtant un rapport entre la mélancolie et la dépression, elles sont toutes deux le malheur d'une conscience de soi aiguisée à l'extrême, une conscience de n'être *que* soi-même. Si la mélancolie était le propre de l'homme exceptionnel, la dépression est la manifestation de la démocratisation de l'exception [847].

Nous vivons avec cette croyance et cette vérité que chacun devrait avoir la possibilité de créer par lui-même sa propre histoire au lieu de subir sa vie comme un destin. L'homme « s'est mis en mouvement » par l'ouverture des possibles et le jeu de l'initiative individuelle, et cela jusqu'au plus profond de son intimité. Cette dynamique accroît l'indétermination, accélère la dissolution de la permanence, multiplie l'offre de repères et les brouille simultanément. L'homme sans qualités, dont Musil a dressé le

portrait, est l'homme ouvert à l'indéterminé, il se vide progressivement de toute identité imposée d'un dehors qui le structurait. « Les hommes, écrit-il, étaient semblables à des épis dans un champ ; ils étaient probablement plus violemment secoués qu'aujourd'hui par Dieu, la grêle, l'incendie, la peste et la guerre, mais c'était dans l'ensemble, municipalement, nationalement[848]. » Les secousses se sont personnalisées, elles viennent de l'intérieur.

Lorsque Nietzsche annonçait, en 1887, la venue de l'individu souverain, « affranchi de la moralité des mœurs[849] », il voyait en lui un être fort : « La fière reconnaissance du privilège extraordinaire de la *responsabilité*, la conscience de cette rare liberté, de cette puissance sur lui-même et sur le destin, a pénétré chez lui jusqu'aux profondeurs les plus intimes pour passer à l'état d'instinct. » « Ceci, ajoutait-il, n'offre pas l'ombre d'un doute : l'homme souverain l'appelle sa *conscience*[850]… » L'individu qui, affranchi de la morale, se fabrique par lui-même et tend vers le surhumain (agir sur sa propre nature, se dépasser, être plus que soi) est notre réalité, mais, au lieu de posséder la force des maîtres, il est fragile, il manque d'être, il est fatigué par sa souveraineté et s'en plaint. Il n'est pas dans le gai savoir et le rire nietzschéens. La dépression est ainsi la mélancolie plus l'égalité, la maladie par excellence de l'homme démocratique. Elle est la contrepartie inexorable de l'homme qui est son propre souverain. Non celui qui a mal agi, mais celui qui ne peut pas agir. La dépression ne se pense pas dans les termes du droit, mais dans ceux de la *capacité*.

L'individu n'est plus ni dans l'horizon d'une nature ni dans celui d'une loi supérieure et impersonnelle. Il est tendu vers l'avenir, dont il doit affronter l'épreuve, alourdi par cette responsabilité intérieure. Il est moins dans la contrainte du renoncement (permis-défendu) que dans celle de la limite (possible-impossible) : quand *il est*

possible d'agir sur la nature, sur des syndromes affectifs dont on ne sait plus très bien si on les a ou s'ils font partie intimement de nous, *est-il normal* d'agir de cette manière ? *Est-il permis* de le faire et au nom de quoi ? La question de la référence surgit à partir du moment où l'on ne dispose plus de l'appui sur la nature ou la maladie, en psychiatrie, et de l'autorité de la tradition, dont la société s'est émancipée. Si tout est possible, tout est-il normal et tout est-il permis ? Ces questions sont politiques au sens où elles se réfèrent aux principes fondateurs d'une société, c'est-à-dire à l'horizon d'un monde commun. En effet, de la difficulté à y répondre résulte notre souci pour la dépendance. L'individu souverain est à la fois déprimé et dépendant.

La dépendance ou la nostalgie du sujet perdu

La critique de l'abaissement moral autrefois adressée à l'hypnose est reformulée sur les antidépresseurs dans un tout autre contexte. L'inquiétude identitaire suscitée par une substance chimique agissant sur les états de conscience n'est en effet pas un problème nouveau dans nos sociétés. Nous disposons depuis une trentaine d'années d'un antimodèle : la drogue. Elle est l'outil cognitif privilégié pour désigner une inconduite qui consiste à manipuler ses propres états de conscience, quelle que soit la dangerosité du produit utilisé. Le drogué est l'antimodèle idéal pour définir une manière d'être soi qui, grâce à l'ingestion d'une substance, évite les chemins de la conflictualité. Changer la personnalité de vrais malades, c'est leur redonner la santé, changer celle de gens dont on doute de la maladie, c'est les droguer, quand bien même la drogue serait sans danger. Le patient dont on a assuré une bonne qualité de

vie n'est-il pas soupçonné d'être confortablement drogué ? Ce en quoi il y a atteinte à *un* idéal de la personne.

La dépendance, cette relation pathologique à un produit, à une activité ou à une personne, est, avec la dépression, l'autre grande obsession de la psychiatrie[851]. Pour la psychiatrie biologique ou comportementaliste, elle est une conduite à risques. Pour nos sociétés, elle est devenue quelque chose de plus essentiel parce que l'enjeu est moins médical que symbolique. En effet, le drogué est l'homme dont il est convenu de penser qu'il franchit la frontière entre le tout est possible et le tout est permis. Il radicalise la figure de l'individu souverain. La dépendance est le prix d'une liberté sans limites que se donnerait le sujet : la dépendance équivaut à une forme d'esclavage. Elle est avec la folie la deuxième manière de dire ce qui se passe quand la part du sujet vacille au sein d'une personne. Mais la folie et la dépendance le disent de façon tout à fait opposée. Si la première est révélatrice de la face sombre de la naissance du sujet moderne, la seconde met massivement en lumière celle de son déclin.

La folie revêt, dans les cas les plus extrêmes, la forme d'une dissolution identitaire — la distance entre soi et soi est maximale. La dépendance tend, à l'inverse, vers une fusion identitaire — la distance est minimale. La folie a déjà deux siècles d'histoire, la dépendance moins de quarante ans. Le thème se développe d'abord sur la drogue. Elle est un souci des sociétés d'abondance : elle se répand aux États-Unis et en Europe au cours des années 1960 au nom du droit à disposer de soi, droit aliéné par la morale bourgeoise, le capitalisme et le conditionnement généralisé des masses par la consommation[852]. Puis, la notion de dépendance s'étend et désigne une relation pathologique indépendante de son objet.

Pour passer de la folie à la dépendance en moins de deux siècles, il aura d'abord fallu l'invention de la névrose à la fin du XIX^e^, puis son basculement dans la dépression dans le dernier tiers du XX^e^ siècle. La dépendance est à la libération psychique et à l'initiative individuelle ce que la folie était à la loi de la raison : un soi que l'on n'est jamais assez (l'insécurité identitaire), une exigence d'action à laquelle on ne répond jamais assez (l'indécision de l'inhibé, l'action non contrôlée de l'impulsif). Si l'aspiration à être soi-même conduit à la dépression, la dépression conduit à la dépendance, cette nostalgie du sujet perdu.

La Déclaration des droits de l'homme énonce que l'homme est propriétaire de lui-même — la Révolution vient d'instituer politiquement le sujet moderne ; la folie se transforme en maladie d'une liberté spécifiquement humaine, inhérente à cette indétermination qui caractérise sa raison et à sa loi. Deux siècles plus tard : la propriété de soi est devenue notre forme de vie, elle s'est sociologiquement réalisée dans les mœurs, s'est logée au cœur de l'intimité souveraine de chacun. À l'orée de la modernité démocratique, l'homme divisé jusqu'à la *scission* ; au cours du dernier tiers du XX^e^ siècle, l'homme dépendant jusqu'à la *fusion*.

La folie était l'envers d'un sujet de raison, la névrose freudienne celle d'un sujet conflictuel, la dépression celle d'un individu qui est seulement lui-même, et, par conséquent, jamais assez lui-même, comme s'il courait en permanence derrière son ombre, ombre dont il est dépendant. Si la dépression est la pathologie d'une conscience *qui n'est qu'elle-même*, la dépendance est la pathologie d'une conscience *qui n'est jamais assez elle-même*, jamais assez remplie d'identité, jamais assez en action — trop indécise, trop explosive. La dépression et la dépendance sont comme l'endroit et l'envers d'une même pathologie de l'insuffisance.

Les images de toute-puissance des publicités pour certains antidépresseurs sont la réplique des normes inhérentes à nos formes de vie. Mais ces normes ressemblent étrangement à ce qui fait la popularité de la drogue : la multiplication de soi par la manipulation de ses propres états de conscience. S'il y a bien une figure caricaturale du privé, c'est le « toxicomane », comme on dit en France. L'imaginaire de la drogue a pénétré nos sociétés bien au-delà des problèmes réels qu'elle pose et bien au-delà de ses consommateurs. Les nouvelles molécules ouvrent un nouvel horizon de questions : la possibilité illimitée d'usiner son propre intérieur mental sans la toxicité des drogues ou les effets secondaires des anciennes classes d'antidépresseurs. Cette possibilité suscite des haut-le-cœur moraux, parce que, faute de pouvoir se référer à une maladie, on est dans les imaginaires de la drogue. Imaginaires en effet, parce que ce n'est pas la seule dangerosité qui est en jeu dans la drogue. Elle est « la grâce sans le mérite », pensait le poète Octavio Paz, c'est-à-dire sans le travail, sans l'élaboration, sans la volonté d'une personne. Dans la drogue, le sujet manquerait systématiquement à l'appel.

La dépression est le médiateur qui rend visibles les processus par lesquels l'homme malade du conflit, qui risquait la folie, souffre aujourd'hui d'une insuffisance, qui *attise* la dépendance. La folie est un événement qui vous arrive, la drogue est une action qui fait arriver[853]. Je deviens fou, mais je me drogue. La drogue est un comportement : elle implique une intention et une action. Contrairement à la folie, elle met en jeu la volonté dont elle constitue la pathologie. Les drogues ne sont-elles pas des moyens que nous employons pour multiplier nos capacités personnelles, qu'il s'agisse d'augmenter notre endurance, notre concentration, notre imagination ou nos plaisirs ? Or la volonté, pour nous les

modernes, comme le rappelle Jean-Pierre Vernant, « est la personne vue dans son aspect d'agent, le Moi envisagé en tant que source d'actes dont il n'est pas seulement responsable devant autrui, mais où il se sent personnellement engagé ». La volonté, poursuit Vernant, suppose « une prééminence reconnue, dans l'action, à l'agent, au sujet humain posé comme origine, cause productrice de tous les actes qui émanent de lui[854] ».

Les multiples distinctions qui séparaient l'action et l'agent dans les sociétés religieuses se sont effacées : l'action n'a d'autre source que l'agent qui l'accomplit et dont il est le seul responsable. La figure du sujet en sort largement modifiée. La question de l'action n'est pas : ai-je le droit de le faire ? mais : suis-je capable de le faire ? Nous sommes désormais profondément engagés dans une expérience commune où la référence au permis est emboîtée dans une référence au possible.

Un double mouvement s'ensuit. D'abord, un emballement technologique sur le remodelage permanent de soi, une vague cyberhumaine, comme le souligne le catalogue de l'exposition *Post-Human* qui s'est tenue à Lausanne en 1992 : « De plus en plus de gens comprennent qu'il n'y a plus la moindre pertinence à tenter de "guérir" un désordre de la personnalité. Au contraire, il serait plus adéquat, semble-t-il, de s'efforcer de la modifier plutôt que de la soigner[855]. » Ensuite, et parallèlement, on assiste à un emballement moral. Ainsi du surinvestissement sur la loi pénale quand il est question des « limites » que le sujet ne devrait pas dépasser pour rester un sujet. Quelle est la « limite » entre un petit coup de chirurgie esthétique et le basculement dans l'androïde Michael Jackson, entre une gestion habile de ses humeurs par des psychotropes et le basculement dans « le robot chimique », entre des stratégies de séduction « trop » appuyées et l'abus sexuel, entre la

reconnaissance de l'égalité des droits des homosexuels et le droit à une filiation que les lois du vivant n'autorisaient pas jusqu'à présent ? Etc. Les frontières de la personne et celles qui distinguent les personnes entre elles font l'objet d'une préoccupation telle qu'on ne saurait plus *qui est qui*. L'inceste n'est-il pas, comme la dépendance, « un court-circuit avec soi-même[856] » ? Une société d'initiative individuelle et de libération psychique, dans la mesure où elle conduit chacun à décider en permanence, encourage des pratiques de modification de soi et crée simultanément des problèmes de structuration de soi qui ne faisaient l'objet d'aucune attention dans une société disciplinaire. L'absorption du continent du permis dans celui du possible fait que, si je puis dire, personne ne peut plus ignorer la loi.

Ce souci pour les « limites » confirme apparemment que l'individualisme contemporain n'est que le triomphe de l'homme privé, y compris au plus profond de son malheur[857]. Il semble plutôt que nous soyons confrontés à une reformulation d'ensemble. L'action publique est, elle aussi, engagée dans le refaçonnement de l'intime, dans « la grande transformation » des manières de nous figurer.

LA « DÉCONFLICTUALISATION » DU SOCIAL OU L'INTIMITÉ COMME NOUVELLE CONTRAINTE POLITIQUE

L'attention nouvelle portée à la souffrance dans les questions sociales conduit à la mise en place d'accompagnement psychologique des traumatismes les plus divers (victimes d'attentats ou du chômage). L'accompagnement est une forme de régulation de ces vulnérabilités sur lesquelles ne cessent d'insister de multiples

rapports et ouvrages. Prenons garde pourtant de sombrer dans la mode de la souffrance sans interroger les motifs d'une telle attention. Elle conduit trop souvent à dénoncer l'abandon des pauvres par les élites alors que l'action politique est confrontée à des difficultés nouvelles. Qu'a affaire le politique avec la souffrance[858] ? La souffrance est individuelle et relève normalement de la débrouille personnelle ou des corps professionnels qui en ont la charge.

Le souci pour la souffrance participe du déclin des dimensions conflictuelles du social, dont la montée des inégalités intragroupes est révélatrice. Au lieu des luttes entre groupes sociaux, des concurrences individuelles qui affectent autrement les personnes — moins « municipalement », aurait écrit Musil. On assiste à un double phénomène d'universalisation croissante (la mondialisation), mais abstraite, et de personnalisation accrue, mais ressenti fort concrètement. On peut en effet combattre collectivement un patron ou une classe adverse, mais comment faire avec la « mondialisation » ? Il est plus difficile de réclamer collectivement justice dans ce contexte, plus difficile de reporter sur un adversaire désignable la responsabilité d'une situation dont on se sent victime. On différencie d'ailleurs de plus en plus mal souffrance et injustice, compassion et inégalité, conflits légitimes, qui visent à répartir plus justement la richesse produite, et conflits illégitimes, qui résultent de corporatismes bien placés dans les rapports de forces. Le ressentiment se tourne envers soi-même (la dépression est une autoagression), se projette sur un bouc émissaire (le Front national contribue à faire revenir la figure de l'ennemi qui avait disparu depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale[859]) ou se dénoue dans la recherche d'identités de type communautaire.

Plutôt qu'à une crise du politique et du sujet résultant de la montée de l'individualisme, on assiste à un changement solidaire des figures de la personne *et* du politique. L'action en commun n'est plus faite de mouvements de masse, sous la houlette d'une organisation, face à un adversaire désignable. La représentation politique ne se distribue plus en fonction de l'appartenance de classe, comme le montre unanimement la sociologie électorale. La citoyenneté ne consiste plus à mettre entre parenthèses ses intérêts privés. Il n'y a certes d'action politique que dans l'horizon d'un monde commun, mais cet horizon passe aujourd'hui *par l'individualisation de l'action*. L'action politique consiste moins souvent à résoudre des conflits entre adversaires qu'à faciliter collectivement l'action individuelle. C'est là une nouvelle contrainte politique.

On voit aujourd'hui, particulièrement dans le domaine du social qui constitue un véritable laboratoire d'expériences et de réflexions en la matière, se diffuser de nouvelles formes d'action publique dont le ressort n'est pas le conflit, mais le partenariat et la médiation. Le conflit n'est pas donné, il est à construire, à *situer*. Dans les situations de précarité, la problématique du guichet où l'assuré social allait recevoir ses allocations en attendant qu'on lui offre un emploi est inadaptée au chômage de longue durée. La médiation et l'insertion de la personne dans un réseau de partenaires se substituent à ce mécanisme de protection sociale. L'objectif est de permettre aux gens de résoudre par eux-mêmes leurs propres problèmes, mais en les accompagnant de manière multiple dans leurs parcours. En produisant de l'individualité, on espère produire simultanément de la société[860]. Les ayants droit prennent une participation active à leur réinsertion, mais, en contrepartie, le rôle des institutions consiste à les mettre dans les conditions pour le

faire : faire céder la honte en reconstruisant de la dignité, produire du respect là où le mépris est permanent, refaire de l'individualité là où elle défaille par le désespoir ou l'absence de loi, etc.

Les inflexions qui sont en train de s'opérer dans le cas de la lutte contre les usages de drogue sont également exemplaires de la reformulation de l'action publique. Des produits (méthadone, antidépresseurs) permettant de réduire les risques ont leur répondant dans le judiciaire avec « les magistratures du sujet ». Soutenir sur le long terme l'insuffisance des personnes, leurs difficultés à être autonomes (il s'agit de vivre avec les drogues), et les réinscrire dans la culpabilité sont des modes de régulation qui sont en train de se développer simultanément en France (quoique dans la plus grande confusion).

Une stratégie nouvelle des tribunaux pour enfants est de prendre les mineurs délinquants pour des sujets complets de droits : le but n'est pas seulement de briser le sentiment d'impunité en sanctionnant, mais également « d'expliquer ce qu'est la loi, expliquer les conséquences pénales, et surtout sociales de l'infraction[861] ». Les commissions d'attribution du RMI prennent l'individu précarisé en partant du point de vue que « l'exclusion se définit par la perte ou l'impossibilité d'accéder aux facteurs usuels de l'identité sociale[862] ». Dans les deux cas, la cible est la capacité à se projeter vers l'avenir. Dans les deux cas, l'action publique refait de l'intériorité en intégrant dans les stratégies de resocialisation ce qui compte personnellement pour l'individu défaillant, en rendant visibles les éléments internes sur lesquels il est susceptible de s'appuyer.

Ces méthodes ne sont certes pas la panacée, les exigences qu'elles font porter parfois sur les plus fragiles en termes de projet d'insertion et de contrat peuvent avoir des effets catastrophiques. Un

récent rapport sur la santé mentale des populations précaires le souligne : « L'effort demandé aux personnes pour s'insérer est en général bien supérieur à celui demandé aux personnes bien intégrées socialement[863] ». La réification du projet et du partenariat n'est pas une chose rare, et les moyens d'action peuvent par ailleurs cruellement manquer, mais c'est la visée qu'il importe ici de comprendre. Un nouvel espace public est peut-être en train de se structurer : il met plutôt en relief la subjectivité *commune* des personnes que l'objectivité des intérêts contradictoires ; il tend plus à fabriquer de l'autonomie qu'à résoudre des conflits.

On critique trop systématiquement le manque de médiations permettant de réformer un style de représentation politique qui n'embraie plus sur les nouveaux problèmes de la société. Ces médiations se cherchent pourtant et, quelles que soient leurs difficultés, elles constituent une démarche qui donne sens à l'action publique dans une société d'individus. Leurs difficultés mêmes poussent à penser, dans ce qui s'expérimente ici et là, des références politiques en prise sur le nouvel âge de la personne.

L'intérêt des nouvelles politiques sociales pour la réflexion est de nous montrer qu'il existe des procédures publiques portées par des acteurs organisés dont l'objectif est de permettre à l'individualité d'assurer la responsabilité de sa vie, y compris au fin fond de la misère. Ces modes d'action étatiques contribuent à produire de l'individualité, au besoin en l'accompagnant sur le long terme. Ils maintiennent une référence commune susceptible de guider l'action de chaque individu en tant qu'il est *celui-là*, à la fois semblable quant à ses droits et singulier quant aux problèmes qu'il doit résoudre. La différence individuelle n'est plus entièrement subsumée sous l'inégalité collective. Les rapports entre inégalité et différence deviennent donc des questions politiques. L'individualisme

contemporain est moins la victoire de l'égoïsme sur le civisme qu'un changement de l'expérience du monde.

L'individu, une question d'institution et non de subjectivité

Un ensemble de facettes se déclinant de l'automédication à l'action publique individualisante dessinent les nouvelles figures de l'individualité. Le mode d'être de ces figures n'est plus le conflit des sociétés de classes sociales ou de l'individualité encadrée par les disciplines. Les aspirations, les problèmes, les solutions qui façonnent cet ensemble sont autres. Nous avons changé notre « monde de significations », nos manières de faire le partage entre la vérité et l'erreur. C'est là qu'intervient la question de l'institution du soi. Cette notion permet, me semble-t-il, de préciser en quoi l'individualisme ne peut être réduit à la privatisation de l'existence, c'est-à-dire en quoi il suppose « un monde comme monde public et commun[864] ».

De l'obéissance à l'action, de la discipline à l'autonomie, de l'identification à l'identité, ces déplacements ont effacé la frontière entre le citoyen, public, et l'individu, privé. On peut certes le regretter, mais il est inutile, voire néfaste politiquement de se voiler la face. Cette situation résulte de la perte de productivité du conflit. Ce déclin ne signifie pas pour autant que nous sommes inexorablement amenés à ne plus partager le monde avec autrui. L'individu n'est pas un genre de personne abandonnée à elle-même, comme si elle était seule confrontée à ses choix, ni, à l'inverse, à un « bricolage » entre des « subjectivités » qui choisiraient leurs styles de vie comme dans un supermarché.

Si les contraintes morales se sont allégées, les contraintes psychiques ont envahi la scène sociale : l'émancipation et l'action étendent démesurément la responsabilité individuelle, elles aiguisent la conscience d'être seulement soi-même. L'intime est entré dans l'historique dont il connaît alors les tourbillons. De là, cette impression de désinstitutionnalisation massive que souvent les sociologues interprètent un peu paresseusement comme une psychologisation des rapports sociaux. Le rapport social d'aujourd'hui serait psychologisant (parce qu'il fait appel à quelque chose de « personnel » alors qu'avant il était « encadré »), il consisterait à établir du lien entre un Moi (une subjectivité) et un autre Moi (la relation entre les deux formant une intersubjectivité), dans une sorte de contractualisme généralisé, et aurait pour finalité la réalisation (mutuelle) de soi. On attribuait traditionnellement à l'individu de l'égoïsme (il fallait l'encadrer par une communauté), on lui accole désormais une empathie qui pourrait à elle seule faire une société. Des méthodes scientifiques, d'ailleurs souvent irréprochables, masquent difficilement la confusion conceptuelle. Une société est composée d'acteurs et se maintient par de l'institution, c'est-à-dire, comme l'écrit Marcel Mauss, « un ensemble d'actes ou d'idées tout institués que les individus trouvent devant eux et qui s'impose plus ou moins à eux[865] ». Or c'est un ensemble dont les références convergent toutes vers la modification et l'accompagnement que les individus trouvent partout.

La convergence de l'étatique, du professionnel, du scolaire et du privé sur l'initiative personnelle, combinée à une liberté de mœurs inédite et à une multiplication de l'offre de repères, donne au psychique une inscription sociale, et donc personnelle, tout à fait inédite. Le style de réponse aux nouveaux problèmes de la personne prend la forme d'accompagnements des individus, éventuellement

sur la durée d'une vie. Ils constituent une maintenance se déployant par des voies multiples, pharmacologiques, psychothérapeutiques ou socio-politiques. Des produits, des personnes ou des organisations en sont le support. Ces acteurs multiples, relevant de missions de services publics ou de services relationnels privés, se réfèrent à une même règle : produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ses ressorts internes. Cette règle peut servir autant d'instrument de domination que de moyen de réinsertion ou de prise en charge thérapeutique. Les affrontements, les stratégies ou les jugements des acteurs se construisent dans cet imaginaire et non dans celui d'une « lutte finale » ou d'une assurance à vie. Entrée dans nos usages, insérée dans nos mœurs, disposant d'un vocabulaire employé en permanence (élaborer des projets, passer des contrats, susciter de la motivation, etc.), cette règle fait corps avec nous. Elle s'est instituée. Ces nouvelles formes communes de production de l'individualité sont les institutions du soi.

En moins d'un demi-siècle s'est produite une inflexion dans les modes d'institution de la personne. Nous avons été préparés par la première vague de l'émancipation qu'était la révolte de l'homme privé contre l'obligation d'adhérer à des buts communs, par ces évangiles de l'épanouissement personnel, dont Philip Rieff annonçait en 1966 le futur triomphe. Nous sommes aujourd'hui dans la deuxième vague, celle des tables de l'initiative individuelle, de la soumission à l'égard de normes de performance : l'initiative individuelle est nécessaire à l'individu pour se maintenir dans la socialité. L'inhibition et l'impulsivité, le vide apathique et le remplissage stimulant l'escortent comme une ombre. Les idéaux comme les contraintes se sont modifés.

À la fin des années 1960, l'émancipation est le mot d'ordre fédérateur de la jeunesse : tout est possible. Le mouvement est anti-institutionnel : la famille est un étouffoir, l'école une caserne, le travail (et son envers, la consommation) une aliénation, et la loi (bourgeoise, s'entend) un instrument de domination dont il faut se libérer. (« Il est interdit d'interdire. ») Une liberté de mœurs inédite se greffe sur le progrès des conditions matérielles, et l'ouverture des trajectoires de vie, cette mobilité ascendante, était devenue une réalité tangible au cours de la décennie. Si la folie apparaissait dans le débat public au début des années 1970 comme un symbole de l'oppression moderne plus que comme une maladie mentale, c'est bien que tout était possible — le fou n'est pas malade, entendait-on, il est différent, et c'est de la non-acceptation de cette différence qu'il souffre. Trente ans plus tard, un antimot d'ordre risque de s'imposer : rien n'est possible. Un sentiment d'écrasement sur le présent envahit les esprits. La fermeture des conditions matérielles de vie et le décrochage d'une partie de la population, que le mot exclusion désigne, confirment ce sentiment. Des demandes multiples de sens bruissent de partout. Le thème du rappel-de-la-loi et des-limites-à-ne-pas-dépasser succède manifestement aux aspirations collectives à ce qu'on ne mette plus de limites à la liberté de choisir sa vie.

L'histoire de la dépression nous a aidé, je crois, à comprendre ce retournement social et mental. Son irrésistible ascension imprègne les deux couples de modifications ayant affecté le sujet de la première moitié du XX^{e} siècle, la libération psychique et l'insécurité identitaire, l'initiative individuelle et l'impuissance à agir. Ces deux couples révèlent quelques enjeux anthropologiques du basculement du conflit névrotique dans l'insuffisance dépressive en psychiatrie. L'individu en sort confronté à d'autres messages venant de cet

inconnu qu'il ne maîtrise pas, de cette part d'irréductible que les Occidentaux ont appelée l'inconscient : au lieu d'une *faille* intime, où les éléments sont en rapport parce que en conflit, une *béance* intérieure, où il n'y a ni conflit ni rapport. Nous ne sommes donc pas moins chargés de lois que le type de sujet qui s'est effacé, mais ces lois ont changé : elles fabriquent moins les conflits pathologiques de la névrose que les relations pathologiques de la dépendance. Il est donc inutile de plaider en frissonnant pour un retour de l'interdit ou de rappeler inlassablement qu'il faut mettre des limites à des sujets qui n'en connaissent plus. Parce que nous ne reviendrons pas en arrière, il importe au premier chef de comprendre que l'inconnu en nous se transforme, que les coûts se déplacent comme les gains.

Cette histoire est finalement fort simple. L'émancipation nous a peut-être sortis des drames de la culpabilité et de l'obéissance, mais elle nous a très certainement conduits à ceux de la responsabilité et de l'action. C'est ainsi que la fatigue dépressive a pris le pas sur l'angoisse névrotique.

Conclusion

LE POIDS DU POSSIBLE

> « Tout est devenu si compliqué que, pour s'y retrouver, il faut un esprit exceptionnel. Car il ne suffit plus de bien jouer le jeu ; la question suivante revient sans cesse : est-ce que *tel jeu* est jouable maintenant et quel est le bon jeu ? »
>
> Ludwig WITTGENSTEIN,
>
> *Remarques mêlées* (1937), 1984.

> « Sans parent, sans nom, le héros cronenbergien va tenter de se *fabriquer* [...] une essence par la seule incantation technologique. »
>
> Serge GRÜNBERG,
>
> *David Cronenberg*, 1992.

La dépression menace l'individu semblable à lui-même comme le péché hantait l'âme tournée vers Dieu, ou la culpabilité l'homme déchiré par le conflit. Plus qu'une misère affective, elle est une façon de vivre. Le fait capital de l'individualité au cours de la seconde moitié du XX^e^ siècle est en effet la confrontation entre la notion de possibilitée illimitée et celle d'immaîtrisable. L'ascension de la dépression a mis en relief les tensions produites par cette confrontation à mesure que le continent du permis a reculé au profit de celui du possible.

Cet essai s'est inspiré d'une intention qu'on trouve dans la science-fiction[866], et particulièrement chez David Cronenberg. Le cinéaste explore les intérieurs, mais pas ceux des êtres sensibles et nerveux, il ignore les estropiés du « lit conjugal » qui formaient la clientèle (féminine surtout) de Freud il y a un siècle. Sa caméra chirurgicale plonge dans la chair mutante d'un paysage mental vertigineux, celui de l'homme du tout est possible. Elle farfouille dans « sa part d'animalité[867] ». La gémellité, la télétransportation, la drogue, la vidéo ou l'accident de voiture sont des moyens de décrire les mutations des états intérieurs, les changements brutaux dans les corps. L'identité balance entre l'homme et l'insecte dans *La Mouche* (1986), et la drogue s'intercale dans le parcours que le héros fait entre l'humanité et la monstruosité. Au début de sa transmutation, il voit ses capacités démultipliées, il est le puissant souverain de lui-même, et tout lui est possible — c'est son moment nietzschéen. « L'homosexualité biologique » des jumeaux gynécologues de *Faux-Semblants* (1988) court-circuite le minimum de distance (conflictuelle) qui aurait permis à *chacun* de vivre l'un sans l'autre, d'être des *individus*. Dans ce « voyage au bout de l'envers[868] », pas de conflits, mais un couple fusionnel qu'aucune femme ne peut séparer et qui finit par plonger dans la drogue. Si l'homme semblable à lui-même est « le fruit le plus mûr de l'arbre », il n'est guère étonnant qu'il chute le premier — c'est son moment démocratique.

À l'abrasement de l'identité personnelle dans le double *(Faux Semblants)* répond l'hésitation identitaire entre l'humain et l'insecte *(La Mouche)*. Ces films explorent deux facettes de nos perplexités : le redoublement du même à la place du conflit, l'étrangeté absolue qui fait revenir le conflit (est-il un insecte monstrueux ou reste-t-il une part d'humain, un *sujet* dans la mouche ?). Le plus lointain et le plus voisin s'entremêlent. Cette science-fiction dissèque la frontière entre

humain et non-humain pour le plaisir cérébral du spectateur. Cronenberg a un théorème : ça mute en nous, mais on ne quitte jamais l'humain.

C'est exactement ce que nous apprennent la dépression et l'addiction. Elles nous ont fait parcourir quelques régions de ce continent du possible qui s'est progressivement installé sur le déclin des vieux systèmes moraux. Dans cet espace, des « transgressions sans interdits[869] » s'ajoutent à des choix sans renoncements et à des anormalités sans pathologies. Il y a là quelques questions vives de l'intime qu'une anthropologie des sociétés démocratiques a commencé à explorer. J'ai moins voulu faire science que mettre en scène quelques transformations de « ce point nodal de l'esprit », comme dit James G. Ballard, « où la réalité extérieure et l'univers mental se rencontrent en une vibration unique[870] ». Là réside l'intérêt inépuisable de la psychiatrie et de la psychopathologie pour comprendre les affaires humaines. Leur langage est fait pour énoncer ces vibrations impalpables qui font la personne. Plutôt que de procéder aux rituels incantatoires sur la-crise-du-sujet, j'ai préféré me servir de ces disciplines pour mettre en perspective les transformations de la subjectivité qu'elles nous montrent.

De l'introuvable sujet de la dépression à la nostalgie du sujet perdu de l'addiction, de la passion d'être soi à l'esclavage à l'égard de soi, nous avons effectué un « voyage au bout de l'envers ». En 1800, la question de la personne pathologique apparaît avec le pôle folie-délire. En 1900, elle se transforme avec les dilemmes de la culpabilité, dilemmes qui déchirent l'homme rendu nerveux par ses tentatives de s'affranchir. En l'an 2000, les pathologies de la personne sont celles de la responsabilité d'un individu qui s'est affranchi de la loi des pères et des anciens systèmes d'obéissance ou de conformité à des règles extérieures. La dépression et l'addiction

sont comme l'avers et l'envers de l'individu souverain, de l'homme qui croit être l'auteur de sa propre vie alors qu'il en reste « le sujet au double sens du mot : l'acteur et le patient[871] ».

La dépression rappelle fort concrètement qu'être propriétaire de soi ne signifie pas que tout est possible — ça monte et ça chute en nous, ça se contracte et ça se décontracte. Parce qu'elle *nous arrête*, la dépression a l'intérêt de nous rappeler qu'on ne quitte pas l'humain, que celui-ci reste enchaîné à un système de significations qui le dépasse et le constitue simultanément. La dimension symbolique, dont autrefois le religieux avait la charge et qui donnait sens au destin inexorable de chacun, imprègne tout autant une espèce humaine qui a non seulement prise sur sa propre histoire, dans la logique démocratique traditionnelle, mais également sur sa propre corporéité nerveuse, dans la logique technologique contemporaine. La dépression dessine pour chacun le style de l'immaîtrisable à l'âge de la possibilité illimitée. Nous pouvons manipuler notre nature mentale ou corporelle, nous pouvons faire reculer nos limites par des moyens multiples, mais cette manipulation ne délivre de rien. Les contraintes et les libertés se modifient, mais « la part de l'irréductible[872] » ne diminue pas. Elle change seulement — ni plus ni moins —, et c'est ce changement que l'auteur de ce livre espère avoir contribué à éclairer. Si, comme le pensait Freud, « l'homme devient névrosé parce qu'il ne peut supporter le degré de renoncement exigé par la société[873] », il devient déprimé parce qu'il doit supporter l'illusion que tout lui est possible.

À l'implosion dépressive répond l'explosion addictive, au manque de sensations du déprimé répond la recherche de sensations du drogué. La dépression, cette pathologie carrefour, a servi de plaque tournante pour dessiner cette modification de la subjectivité

des modernes, ce déplacement de la lourde tâche à bien se porter. Dans un contexte où le choix est la norme et la précarité interne le prix, ces pathologies composent la face sombre de l'intimité contemporaine. Telle est l'équation de l'individu souverain : libération psychique et initiative individuelle, insécurité identitaire et impuissance à agir.

Dans cette oscillation résident quelques enjeux de notre psychologie collective. Nous sommes sans doute encore trop pris intellectuellement dans une perspective rigide du sujet conflictuel. Car nous ne sommes nullement dénués d'outils pour penser les nouveaux problèmes de la personne et nous éclairer nous-mêmes, pour inventer notre avenir au lieu de nous lamenter sur le bon vieux temps où les frontières étaient claires, et le progrès certain. Il y a d'ailleurs là une part d'illusion rétrospective, « la crise de la modernité » étant un thème récurrent. La frontière est aussi un lieu, et le labyrinthe un espace habitable si l'on trouve son fil d'Ariane. Une société d'individus n'est pas destinée seulement à fabriquer des monades qui ne se rencontreraient que sur des marchés, négocieraient des contrats chez les hommes de loi, imploseraient dans le vide dépressif ou exploseraient dans des passages à l'acte pulsionnels. Elle voit en même temps ses repères politiques se modifier, ses formes d'engagement public prendre d'autres tournures et ses modes d'action se reformuler.

La dépression et l'addiction sont les noms donnés à l'immaîtrisable quand il ne s'agit plus de conquérir sa liberté, mais de devenir soi et de prendre l'initiative d'agir. Elles nous rappellent que l'inconnu est constitutif de la personne, aujourd'hui comme hier. Il peut se modifier, mais guère disparaître — c'est pourquoi on ne quitte jamais l'humain. Telle est la leçon de la dépression. L'impossibilité de réduire totalement la distance de soi à soi est

inhérente à une expérience anthropologique dans laquelle l'homme est propriétaire de lui-même et source individuelle de son action.

La dépression est le garde-fou de l'homme sans guide, et pas seulement sa misère, elle est la contrepartie du déploiement de son énergie. Les notions de projet, de motivation ou de communication dominent notre culture normative[874]. Elles sont les mots de passe de l'époque. Or la dépression est une pathologie du temps (le déprimé est sans avenir) et une pathologie de la motivation (le déprimé est sans énergie, son mouvement est ralenti, et sa parole lente). Le déprimé formule difficilement des projets, il lui manque l'énergie et la motivation minimales pour le faire. Inhibé, impulsif ou compulsif, il communique mal avec lui-même et avec les autres. Défaut de projet, défaut de motivation, défaut de communication, le déprimé est l'envers exact de nos normes de socialisation. Ne nous étonnons pas de voir exploser, dans la psychiatrie comme dans le langage commun, l'usage des termes dépression et addiction, car la responsabilité s'assume, alors que ses pathologies se soignent. L'homme déficitaire et l'homme compulsif sont les deux faces de ce Janus.

NOTES

1. M. De Fleury, *La Médecine de l'esprit,* Paris, Félix Alcan, 1898, p. 316.

2. Prozac sera la seule marque citée dans cet ouvrage, parce qu'elle est devenue un symbole. Pour les autres médicaments psychotropes ne sera donné que le nom de la molécule. Prozac est la marque d'une molécule appelée la « fluoxétine ».

3. A. Ehrenberg, *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991, rééd. Hachette-Pluriel, 1996 et *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, rééd. Hachette-Pluriel, 1996.

4. Montesquieu, *De l'esprit des lois*, Paris, Garnier-Flammarion, 1979, p. 466.

5. C. Lefort, « Réversibilité : liberté politique et liberté de l'individu », 1982, repris *in Essais sur le politique – XIX^e siècle-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1986, p. 216.

6. La façon dont chacun l'applique est un autre problème.

7. « Institution » souligne la nature sociale du soi. On se réfère ici à la façon dont Vincent Descombes définit la notion d'institution à partir de Wittgenstein et de Mauss. La notion implique, d'une part, « des significations que les gens doivent reconnaître » sans qu'un accord soit nécessaire et, d'autre part, une extériorité de ces significations, c'est-à-dire « que l'idée se présente à chacun de nous comme une règle bien établie qui ne dépend d'aucun d'entre nous en particulier », *Les Institutions du sens*, Paris, Minuit, 1996, p. 288. La notion de personne est neutre, au sens où toutes les sociétés ont une représentation de la personne, quelle que soit cette représentation. En revanche, les notions de personnalité, de sujet et d'individu sont « modernes ».

8. Un exemple : Jean-Pierre Changeux (*L'Homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983) assimile chaque événement mental à un événement physique, tandis que pour Marc Jeannerod (*De la physiologie mentale– Histoire des relations entre biologie et psychologie*, Paris, Odile Jacob, 1996) une capacité d'individualisation infinie, impensable pour les autres espèces, est inscrite dans le génome humain. « La nature crée des formes nouvelles, écrit-il : l'esprit en est une, apparu au cours d'une stratégie adaptative qui maximalise le rôle de l'environnement dans la genèse de l'individu et minimise au contraire l'intervention des facteurs proprement génétiques », p. 187.

9. Je me réfère à la thèse développée sur la folie par Gladys Swain, *Le Sujet de la folie* (Toulouse, Privat, 1977, rééd. Calmann-Lévy, 1997, précédé de « De Pinel à Freud » par Marcel Gauchet). Sur l'importance de cette thèse, voir *infra*, chapitre premier.

10. Que les psychiatres en débattent me semble, à l'inverse, décisif. Or c'est rarement le cas aujourd'hui, du moins dans la psychiatrie universitaire. Pour une exception, voir É. Zarifian, *Le Prix du bien-être*, Paris, Odile Jacob, 1996.

11. Sauf dans les cas où la pathologie résulte d'un toxique (alcool, drogue) ou d'une infection.

12. Un symptôme est un signe isolé, un syndrome un ensemble de symptômes corrélés les uns aux autres systématiquement.

13. « La notion de maladie obéit avant tout à des fins pratiques, rappelle Daniel Widlöcher. Il s'agit de reconnaître un état identifié et de le traiter. Le problème n'est pas de distinguer un état normal d'un état pathologique », D. Widlöcher, *Les Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1983 et 1995, p. 31.

14. Sur l'hétérogénéité comme contrainte « ontologique » de la psychiatrie, voir G. Lantéri-Laura, *Psychiatrie et connaissance*, Paris, Sciences en situation, 1991.

15. Pour la France, *L'Encéphale* et *L'Évolution psychiatrique* surtout, ainsi que des sondages dans d'autres revues psychiatriques. Pour les travaux anglo-américains, des articles souvent cités, des *Text Books*, des auteurs qui sont considérés comme des références par la profession ou qui ont fait l'objet de discussions ont été utilisés. Le chapitre premier est une synthèse personnelle de travaux d'histoire de la psychiatrie et des maladies mentales au XIX^e^ siècle.

16. *Elle* et *Marie-Claire*, de 1955 au début des années 1980, *L'Express* à partir des années 1960 jusqu'au début des années 1980 également.

17. Voir *infra*, chapitre VI.

18. Pour le cas américain, voir S. Speaker, « From "happiness pills" to "national nightmare" : changing cultural assessment of minor tranquilizers in America, 1955-1980 », *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 52, juillet 1997.

19. On se contentera dans cette enquête de quelques remarques. Il y a là un immense chantier tant pour l'histoire de la psychiatrie que pour celle de la psychanalyse.

20. J. Rouart, « Dépression et problèmes de psychopathologie générale », « Symposium sur les états dépressifs » (21 novembre 1954), *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 461. Souligné par moi. Ce symposium est organisé par le groupe de L'Évolution psychiatrique, la Société psychanalytique de Paris avec la participation de la Société française de psychanalyse.

21. Voir *infra*, chapitre IV.

22. « Posséder un corps, écrit Paul Ricœur, c'est ce que sont des personnes », *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1989, p. 46. La notion d'inconscient est au cœur de cette tension. Elle a été un moyen d'intégrer l'animalité dans une conception globale de l'humain. À tel point, d'ailleurs, que François Roustang estime que « le rôle joué par la notion d'inconscient [...] pourrait l'être avantageusement par celle d'animalité humaine », *Influence*, Paris, Éditions de Minuit, 1990, p. 8. Voir également un certain nombre de remarques prémonitoires sur les relations entre physiolologie du réflexe et culpabilité dans G. Canguilhem, *La Formation du concept de réflexe aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles*, Paris, Vrin, 1955, cité ici dans l'édition de 1977.

23. L'homme grec souffre de quelque chose, il faut un objet pour qu'une souffrance existe, alors que l'homme moderne souffre tout court, il peut être lui-même l'objet de sa souffrance. Voir J.-P. Vernant, « L'individu dans la cité », *in Sur l'individu*, Paris, Seuil, 1987.

24. Nietzsche, qui fut, on le sait, le grand maître de la chute du *cogito* cartésien, l'a réduit sinon à une pure illusion, du moins à l'écume de l'existence : « Tout ce qui *devient conscient* est d'un bout à l'autre préalablement arrangé, simplifié, schématisé, interprété – le processus *réel* de la "perception" interne, *l'enchaînement causal* entre les pensées, les sentiments, les convoitises, comme celui entre le sujet et l'objet, nous sont absolument cachés – et peut-être pure imagination », *Fragments posthumes*, cité par P. Ricœur, *op. cit.*, p. 25-26. Souligné par Nietzsche. Il a élaboré, comme l'écrit encore Ricœur, un contre-*cogito*. L'assimilation des mots « inconnu » et « inconscient » est assez courante en psychiatrie. Henri Ey ouvre un célèbre colloque sur l'inconscient qui s'est tenu en 1960 par ces mots : « Que l'inconscient soit *inconnu* de la conscience, c'est ce qui le définit », *L'Inconscient*, Paris, Desclée De Brouwer, 1966.

25. « Le fait pychologique n'est ni spirituel ni corporel, il se passe dans l'homme tout entier puisqu'il n'est que la conduite de cet homme prise dans son ensemble », écrit Pierre Janet, *De l'angoisse à l'extase*, Paris, Félix Alcan, 1928, vol. II, rééd. Paris, Odile Jacob, coll. « Opus », à paraître en 1999.

26. Pour l'histoire de la culture, voir H. Glaser (*Sigmund Freud et l'âme du XX^e^ siècle*, Paris, PUF, 1995, éd. allemande, 1976), C. Schorske (*Vienne fin de siècle. Politique et culture*, Paris, Seuil, 1983, éd. américaine, 1979), J. Le Rider (*Modernité viennoise et crise de l'identité*, Paris, PUF, 1990), J. Seigel (*Paris Bohême– 1830-1930*, Paris, Gallimard, 1991, éd. américaine, 1986). Pour une histoire sociale, voir A. Corbin, « Coulisse », *in* P. Ariès et G. Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, vol. 4, 1987 et G. Vincent, « Une histoire du secret », *in ibid.*, vol. 5.

27. A. Corbin, « Coulisse », *loc. cit.*, p. 480. L'interlocuteur muet est la poupée.

28. Un virus appelé Borma a récemment été retrouvé dans le sang de certains déprimés par des chercheurs allemands. Voir « Un virus responsable de la dépression ? », *La Recherche*, octobre 1996. Voir également *Le Quotidien du médecin*, 30 juillet 1996.

29. H. Ey, « Commentaires critiques sur l'*Histoire de la folie* de Michel Foucault », *L'Évolution psychiatrique*, 36, n° 2, 1971, p. 243. « C'est à la question de l'organisation individuelle de l'homme que se rattache la notion de maladie mentale », écrit encore Ey (p. 246). Le nœud du débat est « celui de la nature morale du concept de maladie mentale ». Il en pose les termes de la manière suivante : « Ou bien celle-ci est une réalité pathologique naturelle, malheureuse atténuation de la responsabilité de l'homme, ou bien elle est un artefact culturel, scandaleux effet de la répression sociale. Dans les deux cas, c'est la liberté de l'homme qui est en jeu », p. 243. Sur la conception psychiatrique d'Ey, voir *infra*, chapitre II.

30. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963. Clinique équivaut à : au chevet du malade. « Un regard loquace », p. VIII. Pour la contextualisation de la psychiatrie dans la médecine de la fin du XVIII^e^ siècle et les débats sur le physique et le moral, voir J. Goldstein, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1987 (cet ouvrage vient d'être traduit en français, *Consoler et classifier – L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997).

31. « Pour nous les démons sont des désirs mauvais, réprouvés, découlant d'impulsions repoussées, refoulées. Nous écartons simplement la projection, que le Moyen Âge avait

faite, de ces créatures psychiques dans le monde extérieur ; nous les laissons naître dans la vie intérieure des malades où elles résident », « Une névrose démoniaque au XVII^e^ siècle », *in Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1933, rééd. coll. « Idées », 1973, p. 212.

32. La neurologie a d'ailleurs fort mauvaise presse auprès de l'Église et des spiritualistes en tout genre au XIX^e^ siècle : la bataille de l'hystérie qui s'organise autour de Charcot se fait dans un contexte d'exacerbation des conflits entre l'Église et l'État (cf. J. Goldstein, *op. cit.*, chap. 9), tandis que la psychiatrie française, consciente de la concurrence qu'elle fait à l'Église, et occupant une position fragile dans la médecine, prend toutes sortes de précautions à son égard (cf. I. Dowbiggin, *La Folie héréditaire*, Paris, EPEL, 1993, préface de G. Lantéri-Laura).

33. Gladys Swain a montré que l'importance de Pinel n'est pas d'avoir délivré les insensés de leurs chaînes, mais d'avoir inventé la psychiatrie moderne, c'est-à-dire le traitement d'un sujet malade en tant que sujet *(Le Sujet de la folie, op. cit.)*. Ce thème apparaît lors de la Journée annuelle de l'Évolution psychiatrique consacrée à « La conception idéologique de "L'Histoire de la folie" » en décembre 1969 à Toulouse. Georges Daumézon insiste sur le fait que « le mérite de Pinel est tout autre [que la délivrance des chaînes] ; Gusdorf dit de lui qu'il est le Lavoisier de la médecine », et pas seulement un philanthrope, « Lecture historique de *L'Histoire de la folie* », *L'Évolution psychiatrique, op. cit.*, p. 235. Il ajoute que son œuvre psychiatrique, bien au-delà de la prétendue délivrance des fous, est l'application de sa méthode », p. 236. La légende du libérateur est due au fils de Philippe Pinel, Scipion, et à Semelaigne. Gladys Swain montre la façon dont s'est construite cette légende, *op. cit.*

34. Elle est, selon le mot de Hegel, « simple contradiction à l'intérieur de la raison, laquelle se trouve encore présente », cité par G. Swain, « De Kant à Hegel : deux époques de la folie » (1977), repris dans *Dialogue avec l'insensé*, précédé de M. Gauchet, « À la recherche d'une autre histoire de la folie », Paris, Gallimard, 1994. Paul Bercherie conteste cette thèse : selon lui, Pinel a rejeté l'idée dominante de son époque, à savoir que l'aliénation résultait d'une atteinte du cerveau. « Cette prise de position a une première conséquence, c'est de fournir à l'idée de curabilité de la folie une base théorique : le cerveau n'est pas atteint, l'esprit seul est dérangé dans son fonctionnement, d'où l'action possible du traitement moral et la curabilité potentielle de la folie », *Les Fondements de la clinique – Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, Ornicar, 1980, p. 36-37. Autrement dit, si l'aliéné est accessible à un traitement moral, ce n'est pas parce qu'il possède un reste de raison, mais parce que sa maladie n'a pas, en général, de soubassement organique. Cependant il n'a guère poussé l'enquête plus loin. Bercherie comme Swain accordent en tout cas à la manie intermittente un rôle décisif pour l'idée d'une guérison possible du fou. En revanche, Jan Goldstein confirme la thèse de Swain, mais sans s'y référer (chap. 3).

35. G. Swain, *Le Sujet de la folie, op. cit.*, p. 143.

36. T. De Quincey, *Les Confessions d'un mangeur d'opium anglais*, Gallimard, Paris, 1990, p. 96. Cette question a été traitée dans *L'Individu incertain, op. cit.* Pour De Quincey et le XIX^e^ siècle, voir « La guerre à l'intérieur de soi », chap. 1.

37. H. Ey, art. cité, p. 258. Ey emploie cette formule seulement pour le psychotique.

38. R. Mauzi, *L'Idée de bonheur dans la littérature et la pensée françaises au XVIII^e^ siècle*, Paris, Albin Michel, 1979, rééd. 1984 (la première édition de cette thèse d'État date de 1965, chez Armand Colin). On y trouve de très nombreuses références à la mélancolie.

39. F. Roustang, *Influence, op. cit.*, p. 65. Roustang commente Condillac qui, dans le *Traité des sensations* (1754), considère le bonheur comme un moyen de comparer plaisirs et déplaisirs : « Oberver l'influence de ce principe, c'est donc le seul moyen de nous observer nous-mêmes », p. 267 (Éd. Fayard, 1984), cité p. 65.

40. R. Mauzi, *op. cit.*, p. 590.

41. Y. Bonnefoy, Préface à J. Starobinski, *La Mélancolie au miroir*, Paris, Julliard, 1989, p. 7.

42. R. Klibanski, E. Panovski et F. Saxl, *Saturne et la mélancolie*, Paris, Gallimard, 1989, « La mélancolie comme exacerbation de la conscience de soi », p. 371-387.

43. Dans la préface de 1988, p. 19.

44. R. Klibanki, E. Panovski, F. Saxl, *op. cit.*, p. 376. À l'exception de la France, qui fit « la guerre à la tristesse », écrit Marc Fumaroli, et opta résolument pour la santé, elle est célébrée partout en Europe comme le sublime malheur d'une âme qui se repaît de ses souffrances. M. Fumaroli, « Nous serons guéris si nous le voulons », dans l'excellent dossier « Tradition de la mélancolie », *Le Débat*, n° 29, mars 1984.

45. R. Klibanki, E. Panovski, F. Saxl, *op. cit.*, p. 376.

46. « Ce sont les nerfs et le cerveau qui commandent le comportement intellectuel et physique de l'individu », écrit Jean Starobinski, *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, thèse de l'université de Lausanne, Bâle, Geigy, 1960, p. 49.

47. *Ibid.*, p. 83.

48. « Dans la monomanie ou la mélancolie, le désordre prend sa source dans le désordre des affections morales qui réagissent sur l'entendement. La manie a pour caractère un délire général, dont le principe est dans le désordre de l'entendement, désordre qui entraîne celui des affections morales », art. « Monomanie », *Dictionnaire des sciences médicales*, 1819, tome 34, p. 114, cité par M. Gourevitch « Esquirol et la lypémanie. Naissance de la dépression mélancolique », *in* P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression*, Paris, Masson, 1978, p. 14. Gourevitch précise : « C'est Esquirol qui, le premier, en 1819, a donné droit de cité à l'abattement de l'humeur avec perte du goût de vivre comme phénomène pathologique en lui-même par sa seule intensité », p. 12.

49. E. Esquirol, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'alinéation mentale* (1805), éd. de G. Swain, 1980, cité par G. Lantéri-Laura, « Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie », *in* Rémi Tevissen (dir.), *La Douleur morale*, Paris, Éditions du Temps, 1996, p. 12.

50. M. Gourevitch, « La dépression, fille de l'art romantique », *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984, p. 705.

51. M. Gourevitch, « Esquirol et la lypémanie », art. cité, p. 17.

52. *Ibid.*, p. 18, et G. Swain, « Permanence et transformation de la mélancolie » (1989), repris *in Dialogue avec l'insensé*, p. 168. R. Castel notait en 1976 : « Elle ouvre [...] ainsi un espace, d'abord mal défini, d'extension du pathologique », *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976, p. 177 (« Les monomanes et les fous », p. 174-182).

53. G. Swain, « Permanence et transformation de la mélancolie », p. 179.

54. Voir G. Lantéri-Laura, « Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie », p. 13-16. Ce point est bien souligné par les rares historiens qui

prennent la pensée psychiatrique au sérieux. Gladys Swain y fait bien sûr référence dans l'article précité, ainsi que Paul Bercherie : « Cette idée d'une douleur initiale, précédant même les folies à tonalité affective gaie, sera discutée, mais finalement assez largement reconnue comme un progrès dans la compréhension psychopathologique », *op. cit.*, p. 60. Pierre Janet note que Guislain « faisait débuter toutes les maladies mentales par des troubles de la vie du sentiment », *De l'angoisse à l'extase, op. cit.*, p. 10.

55. Jean-Pierre Falret pour la folie circulaire, Jules Séglas pour l'assimilation douleur morale-mélancolie. Voir G. Lantéri-Laura, « Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie », p. 17-21. Marcel Gauchet considère à juste titre les folies avec conscience, où « l'on est confronté à la coexistence de la conscience et de l'inconscience » (« De Pinel à Freud », *in* G. Swain, *Le Sujet de la folie, op. cit.*, p. 49), comme une étape décisive dans la genèse de la notion de névrose.

56. « De la mélancolie sans délire », dixième leçon clinique (11 février 1894), extraite de *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Asselin, 1895, *in* R. Tevissen (dir.), *op. cit.*, p. 34. Séglas y rend hommage à Guislain et à Griesinger.

57. *Ibid.*, p. 33. C'est moi qui souligne.

58. *Ibid.*, p. 36. Séglas cite ici une de ses patientes.

59. Cité par T. Zeldin, *Histoire des passions françaises, 1848-1945*, Paris, Éd. Recherches, 1979, rééd. Seuil, coll. « Points », vol. 5., p. 25. Zeldin est sans doute l'un des tout premiers historiens à avoir appelé en 1973 (date de l'édition originale) à une « histoire de l'angoisse personnelle » dont il précise que « c'est là un domaine vierge », p. 71.

60. G. Canguilhem, *La Formation du concept de réflexe aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, op. cit.*, p. 7.

61. T. Zeldin, *op. cit.*, p. 28.

62. « Jugée comme la compagne inévitable de la maladie, la douleur a été plus souvent signalée, puis reléguée au second plan qu'étudiée pour elle-même », écrit R. Rey, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993, p. 10.

63. G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 149.

64. F.J. Sulloway, *Freud – Biologiste de l'esprit*, Paris, Fayard, 1981 (édition américaine 1979). Sulloway montre que l'influence de Darwin sur Freud est double. 1. La notion de conflit psychique interne est une transposition de la lutte pour la vie qui caractérise la situation de toutes les espèces animales. 2. Le présent trouve sa clé dans le passé. Cet ouvrage dense et très informé décrit la formation biologique et neurologique de Freud. L'apport de Sulloway est d'avoir démontré l'importance décisive de *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* que Freud avait écrite et laissée inachevée en 1895 (le manuscrit n'a été retrouvé qu'en 1950). Ce qui a paru, surtout en France, comme un « fourvoiement biologisant de Freud » occupe une place décisive dans la genèse de la psychanalyse. Le « nœud de l'énigme », montre Sulloway, est la partie qu'il n'a pas réussi à écrire : « le problème de la défense, et particulièrement du refoulement pathologique », p. 116.

65. L'ouvrage de référence est : E. Clarke et L.S. Jacyna, *Nineteenth Century Origins of Neuroscientific Concepts*, University of California Press, 1987. Ces deux auteurs soulignent que l'activité réflexe est le thème qui a le plus suscité l'attention. Ils attribuent au maître de la psychiatrie allemande du XIX^e^ siècle, Wilhelm Griesinger, le fait que l'action réflexe apparaît également dans la conscience. Pour Griesinger, le comportement mental est fait de « mouvements psychiques », p. 137. Le physiologiste William Carpenter a développé une

notion de réflexe comprise comme fonction biologique de base et l'a étendue au « royaume de la psychologie », p. 139. Voir également M. Jeannerod, « Les voies du réflexe », *in op. cit.*

66. M. Gauchet, *L'Inconscient cérébral*, Paris, Seuil, 1992, p. 82. Comme le souligne l'auteur, l'inconscient cérébral se réfère à la « cérébration inconsciente » employée pour la première fois par William Carpenter.

67. « Il fut, écrit Freud de Brücke, la plus grande autorité qui ait jamais exercé une action sur moi », cité par P. Gay, *Freud, une vie*, Paris, Hachette, 1991, p. 40. Voir, également, Sulloway, p. 12-13. Freud donna à son troisième fils le prénom d'Ernst.

68. Cité par G. Canguilhem, *op.cit.*, note 5, p. 153, et M. Gauchet, *L'Inconscient cérébral, op. cit.*, p. 122. Il s'agit d'une citation extraite de Jules Soury, *Le Système nerveux central*, G. Carré et C. Naud, 1899, 2 vol. Cet ouvrage, historique et critique, qui aborde d'ailleurs marginalement le problème du réflexe, est une source largement utilisée par les historiens des sciences du cerveau. Sur le rôle des travaux d'Exner pour le concept freudien d'investissement, voir Sulloway, *op. cit.*, p. 108.

69. « Le mot "cérébration", écrit Adam Crabtree à propos de Carpenter, ne se référait pas à la pensée, mais à l'action réflexe dans le cerveau. L'expression cérébration inconsciente se proposait comme une explication aux actions automatiques qui semblaient être intelligentes sans arriver à la conscience de l'agent », A. Crabtree, *From Messmer to Freud. Magnetic Sleep and the Roots of Psychological Healing*, New Haven et Londres, Yale University Press, 1993, p. 256.

70. « Aussi longtemps qu'on parle de sensation on est sur le terrain de la psychologie. Il est logique qu'on cherche à loger quelque part la *psyché*, fût-ce dans la moelle épinière », écrit Canguilhem, « Le concept de réflexe au XIX^e^ siècle » (1964), repris dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1994 (7^e^ éd.), p. 301.

71. La découverte de la cellule nerveuse à la fin du siècle permettra de décrire le cheminement du réflexe. Voir E. Clarke et L.S. Jacyna, *op. cit.*, chap. 4.

72. Rares, parce que nécessitant des investissements considérables. Voir I. Dowbiggin, *op. cit.*, et J. Goldstein, *op. cit.*

73. T. Zeldin, *op. cit.*, p. 82.

74. Au cours du XIX^e^ siècle s'est d'abord imposé un modèle liant un syndrome à une lésion, puis à la fin du siècle un modèle fondé sur une cause, dans la foulée du pastorisme et des progrès de la physiologie à partir des travaux de Claude Bernard. Voir G. Lantéri-Laura, « La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie », *L'Évolution psychiatrique*, n^o^ 47, vol. 2, 1982.

75. *Frankfurter Zeitung*, 8 février 1893, cité par H. Glaser, *op. cit.,* p. 98.

76. Voir P. Pachet, *Les Baromètres de l'âme– Naissance du journal intime*, Paris, Hatier, 1990.

77. J'ai essentiellement utilisé T. Zeldin, *op. cit.*, A. Rabinbach, *The Human Motor. Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1990, particulièrement le chap. 6, et H. Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, avec une présentation d'É. Roudinesco, Paris, Fayard, 1994 (éd. am., 1970, première édition française, 1974), et M. Huguet, *L'Ennui et ses discours*, Paris, PUF, 1984, particulièrement chap. V. Hors du cas des États-Unis (F.G. Gosling, *Before Freud. Neurasthenia and the American Medical Community, 1870-1910*, Urbana et Chicago,

University of Illinois Press), je n'ai pas trouvé d'ouvrage retraçant systématiquement l'histoire de la neurasthénie.

78. Le titre exact est *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion*.

79. L'ouvrage est cité par tous les historiens de la période.

80. Cité par T. Zeldin, *op. cit.*, p. 89.

81. A. Rabinbach, *op. cit.*, p. 160.

82. Néanmoins, en France, du fait du poids particulier qu'y a occupé la tradition héréditariste, on mélangeait souvent causes héréditaires et causes sociales. Voir Rabinbach, *ibid.*, p. 156-157.

83. É. Durkheim, *Le Suicide*, Paris, PUF, rééd. coll. « Quadrige », 1995, p. 33. La première édition est de 1897.

84. W. Erb, *Sur l'accroissement de la maladie nerveuse à notre époque*, 1895, cité par S. Freud, « La morale sexuelle "civilisée" et la maladie nerveuse des temps modernes », 1908, *in La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982 (6^{e}éd.), p. 30.

85. *Ibid.*, p. 30.

86. Voir Carl Schorske, Hermann Glaser, Jacques Le Rider, Jérôme Seigel, déjà cités, et M. Huguet, *op. cit.* Cette dernière évoque Zola parlant de « l'ennui des nouveaux héros du doute », p. 163. Ajoutons à ces références le stimulant chapitre de P.-Y. Pétillon consacré à Musil, « L'empire évanoui », *in L'Europe aux anciens parapets*, Paris, Seuil, 1986. Cet empire est celui du Moi.

87. Cité par H. Glaser, *op. cit.*, p. 59.

88. *Ibid.*, p. 61.

89. Krafft-Ebing, *Pathologie et thérapie de la neurasthénie*, 1896, et W. Erb, *op. cit.*, cités par S. Freud, art. cité, p. 30 et 31.

90. P. Dubois (dit de Berne), *Le Traitement moral des psychonévroses*, 1904, cité par M.-C. Lambotte, *Le Discours mélancolique. De la phénoménologie à la métaphysique*, Paris, Anthropos, 1993, p. 29.

91. P. Janet, *La Force et la faiblesse psychologiques*, Paris, Maloine, 1932 (Collège de France, cours de 1930), p. 12.

92. É. Durkheim, *op. cit.*, p. 33-34. Robert Nye décrit le contexte social qui conduit Durkheim à se préoccuper de la neurasthénie ainsi que ses croyances biologiques, *Crime, Madness and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline*, Princeton University Press, 1984, chap. 5.

93. J. Carroy, *Les Personnalités doubles et multiples*, Paris, PUF, 1993, p. XIII. Ce livre, ainsi que *Hypnose, suggestion et psychologie* (Paris, PUF, 1988), du même auteur, sont très éclairants sur l'histoire de la matérialisation du psychique. Un des points intéressants développé dans cet ouvrage est de montrer, *via* la suggestion hypnotique, ce qu'est un sujet dont on n'aurait pas besoin du système nerveux central pour le définir comme tel.

94. J. Starobinski, « Le mot réaction. De la physique à la psychiatrie », *Diogène*, n° 93, 1976, p. 5. Voir également « La notion de réaction en psychopathologie », *Confrontations psychiatriques*, n° 12, 1974, livraison dans laquelle Starobinski a publié une première version de cet article source.

95. Article « Réaction », *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1874, tome II, 3e série, cité par Starobinski, « Le mot réaction. De la physique à la psychiatrie », art. cité, p. 12.

96. I. Hacking, *Rewriting the Soul– Multiple Personnality and the Sciences of Memory,* Princeton, Princeton University Press, 1995, s'appuie sur « l'étude historique définitive » (p. 183) d'Esther Fischer-Homberg, *Die Traumatische Neurose : von Somatischen zum soziale Leiden*, Berne, Huber, 1975. Je reprends ici le résumé qu'en fait Hacking (l'ouvrage vient d'être traduit en français, *L'Âme réécrite– Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.

97. *Ibid.*, p. 185

98. G. Swain, « De la marque de l'événement à la rencontre intérieure. Images populaires et conceptions savantes en psychopathologies » (1983), repris *in Dialogues avec l'insensé*, p. 157.

99. G. Lantéri-Laura, *op. cit.*, p. 76. Les chapitres 3 et 4 de cet ouvrage montrent comment et pourquoi on passe de l'aliénation mentale aux maladies mentales. Ce paragraphe s'appuie également sur le chapitre 5.

100. Paul Bercherie note que, dans les première années du xxe siècle, « Janet a désormais remplacé Charcot [qui meurt en 1893] dans l'élaboration des modèles théoriques de la Salpêtrière, et c'est dans l'analyse des troubles de la personnalité qu'on va dorénavant tendre à situer les phénomènes de la pathologie mentale », *op. cit.*, p. 180. Sur le rôle pivot de Charcot dans la genèse de la notion de personnalité, *via* la mémoire, voir J. Gasser, *Aux origines du cerveau moderne – Localisations, langage et mémoire dans l'œuvre de Charcot*, Paris, Fayard, 1995. Charcot change la compréhension de la mémoire : elle est moins logée dans un centre localisable dans le cerveau qu'elle n'est un symptôme de trouble de la personnalité. Il la fait passer de la neurologie à la psychologie. Sur Charcot et la genèse de l'inconscient, *via* l'hystérie, voir M. Gauchet et G. Swain, *Le Vrai Charcot – Les chemins imprévus de l'inconscient*, suivi de deux essais de J. Gasser et A. Chevrier, Paris, Calmann-Lévy, 1997.

101. P. Janet, *Les Névroses*, Paris, Flammarion, 1909, p. 380. « Tiroir commode », p. 371. « La catégorie des névroses, écrit Julien Rouart, avait cessé, avec Pierre Janet, d'être le bric-à-brac où l'on mettait tout ce qui n'entrait pas dans le cadre des maladies mentales bien caractérisées », art. cité, p. 463.

102. « Peut-être la remarque sera-t-elle ici la bienvenue, écrit Freud, que le sentiment de culpabilité n'est au fond rien d'autre qu'une variante topique de l'angoisse, et que dans ses phases ultérieures il est absolument identique à *l'angoisse devant le Surmoi* », *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 10e édition, 1986, p. 94-95. « Elle se cache derrière tous les symptômes », ajoute-t-il, p. 95. « J'ai essayé de montrer, écrit Janet, qu'elle [l'angoisse] apparaît chez des individus déprimés, incapables d'exécuter correctement certains phénomènes psychologiques de haute tension », *Les Médications psychologiques*, Paris, Félix Alcan, tome II, 1919, réédité par la Société Pierre Janet, 1986, p. 242.

103. S. Freud, *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 93.

104. Voir « Les névroses, maladies de l'évolution des fonctions », *in Les Névroses*, *op. cit.*, p. 383-394.

105. *Ibid.*, p. 386.

106. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, tome II, *op. cit.*, p. 303.

107. P. Janet, « Quelques définitions de l'hystérie », *Archives de neurologie*, 25, 1893, p. 28 *sq.*, citée par O. Anderson, *Freud avant Freud*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998 (éd. originale en suédois, 1962), p. 173.

108. *La Force et la faiblesse psychologiques, op. cit.*, p. 13. Janet fait référence à son livre *Les Obsessions et la psychasthénie*, 1903.

109. *Les Névroses, op. cit.*, p. 365.

110. P. Janet, *Les Médications psychologiques, op. cit*, tome III, p. 469.

111. *Ibid.*, p. 469-470.

112. *Ibid.*, tome II, p. 215.

113. J. Maître, *Une inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet*, préface de G. Lantéri-Laura, Paris, Anthropos, 1993, p. 140. Maître ajoute cette remarque des plus pertinentes : « Ce stratagème est essentiel chez Janet, ce qui constitue une des oppositions les plus nettes entre son système et l'approche psychanalytique », p. 140. Il note également l'opposition du déficit et du conflit, p. 142. Voir également, A. Crabtree, *op. cit.*, chap. 15. Sur le modèle de l'épuisement dans la neurasthénie, la dépression et la mélancolie, voir le travail très documenté de M.-C. Lambotte, *op. cit.*, chap. I.

114. Selon la célèbre formule de la communication préliminaire : « C'est de réminiscence que souffre l'hystérique », J. Breuer et S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1985 (1re éd., 1895), p. 5. Janet est discuté par Breuer, p. 185 *sq.*

115. *Ibid.*, p. 194. Le point de vue « économique » chez Freud est pensé, on le sait, en termes d'excès d'énergie. Le conflit résulte de l'affrontement de forces opposées, dont la maladie névrotique est la mauvaise solution, et la sublimation la bonne.

116. S. Freud, « La sexualité dans l'étiologie des névroses », 1898, repris dans *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984, p. 84.

117. S. Freud, art. cité (1908), p. 33.

118. *Ibid.*, p. 35.

119. J. Starobinski, « Le mot réaction. De la physique à la psychiatrie », art. cité, p. 27.

120. J. Breuer et S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1985 (1re 1895), p. 247. C'est la dernière phrase de l'ouvrage.

121. « La guérison se révèle assez souvent être un compromis de tolérance réciproque entre le sain et le malade chez le patient », « La sexualité dans l'étiologie des névroses », art. cité, p. 96.

122. Vincent Descombes montre que le substantif « l'inconscient » employé par Freud est en réalité « un élargissement génial du sens adverbial » (« L'inconscient adverbial », *Critique*, no 449, octobre 1984). Le substantif l'« inconscient » est équivalent à : il l'a fait inconsciemment. L'élargissement génial tient à ce que l'on peut alors penser un inconscient qui *veut* quelque chose. Il le signale par des messages (les symptômes). L'inconscient est intentionnel en ce sens. Cela ne pourrait être dit d'un inconscient pensé comme automatisme ou désagrégation.

123. *Études sur l'hystérie, op. cit.*, p. 216. La phrase est entièrement soulignée dans le texte.

124. Après avoir rappelé que le point de départ d'une névrose est « la dépression elle-même », Janet en arrive « au problème essentiel » dans sa critique de Freud : « Il y a plus de chances pour qu'un symptôme soit déterminé par les lois de la maladie que par des

réminiscences accidentelles. Il ne faut donc donner aux symptômes une interprétation historique que lorsque l'observation clinique le rend indispensable », *Les Médications psychologiques*, tome II, *op. cit.*, p. 262 et 263.

125. Jacqueline Carroy cite un extrait d'un article de Freud de 1890 intitulé « Traitement psychique » : « Le trait le plus significatif, et pour nous le plus important, réside dans l'attitude de l'hypnotisé à l'égard de son hypnotiseur. [...] Il est *éveillé* [seulement] vis-à-vis de la personne qui l'a plongé en hypnose, n'entend et ne voit qu'elle, la comprend et lui répond. Ce phénomène, qu'on appelle dans l'hypnose le *rapport*, trouve son pendant dans la façon de dormir de certaines personnes, par exemple la mère qui nourrit son enfant. Il est tellement frappant qu'il devrait nous mener à la compréhension de la relation entre l'hypnotisé et l'hypnotiseur », *op. cit.*, p. 227 (soulignés par Freud). H. Ellenberger décrit la théorie de l'influence somnambulique chez Janet : si celui-ci avait bien vu les sentiments d'amour que ses malades développaient à l'égard du thérapeute, pour lui, « le facteur essentiel, chez le patient, restait néanmoins le besoin de direction. De ces observations résultaient deux résultats thérapeutiques : en premier lieu, le thérapeute devait exercer une maîtrise totale sur l'esprit du patient ; après quoi, il devait lui apprendre à vivre et à agir sans lui en espaçant graduellement les séances », *op. cit.*, p. 187. Dépendance à la mère, dépendance à l'hypnotiseur, c'est précisément de cela qu'il faut se détacher.

126. « La morale sexuelle civilisée », p. 36. *Malaise dans la civilisation* (1929) développe largement ce thème.

127. É. Durkheim, *op. cit.*, p. 44-45. Souligné par moi.

128. P. Janet, *Médications psychologiques*, tome 1, p. 5. Les choses sont donc claires dès les premières lignes de cet ouvrage de 1 100 pages. Janet discute Freud dans le second tome.

129. « Tout au long du siècle [le XIX^e^], écrit Alain Corbin, les spécialistes demeurent convaincus de l'extrême influence d'un inconscient, perçu comme "la rumeur obscure des fonctions viscérales, d'où émergent, par intermittence, les actes de la conscience" (Jean Starobinski). [...] Le génie de Freud ne sera point de découvrir que de larges zones du sujet échappent à la conscience et contribuent à déterminer l'activité mentale, mais d'enlever à la vie organique le monopole de l'inconscient pour l'installer dans l'appareil psychique lui-même », *op. cit.*, p. 439.

130. *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 80.

131. On reviendra sur ce thème au chapitre VII.

132. S. Freud, *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 96.

133. J. Starobinski, « Le remède dans le mal », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 17, 1978, p. 274. Cette livraison est consacrée à « L'idée de guérison ».

134. J. Le Rider, *op. cit.*, p. 13.

135. Formule que Janet attribue à Jules-Joseph Déjerine, *La Force et la faiblesse psychologiques, op. cit.*, p. 12.

136. P. Janet, *La Force et la faiblesse psychologiques, op. cit.*, p. 269.

137. S. Freud, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1949, 1985, p. 51.

138. Cité par G. Lanteri-Laura, « Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie », *in* R. Tevissen, *op. cit.*, p. 15.

139. S. Freud, *Inhibition, symptôme, angoisse* (première édition 1926), Paris, PUF, 1995, 2e éd., rééd. coll. « Quadrige », 1995, p. 45.

140. J. Laboucarie, « Discussion », *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, *op. cit.*, p. 571.

141. Sur ce point, voir en particulier, M.-N. Evans, *Fits and Starts– A Genealogy of Hysteria in Modern France*, Ithaca et Londres, Cornell University Press, 1991, chap. 3, et M. Micale, *Approaching Hysteria – Disease and its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, p. 169 *sq.*

142. M. Montassut, *La Dépression constitutionnelle*, Paris, Masson, 1938. On se réfère encore aujourd'hui parfois à Montassut pour définir « la personnalité dépressive », comme P. Péron-Magnan et A. Galinowski, *in* A. Féline, P. Hardy, M. de Bonis (dir.), *La Dépression. Études*, Paris, Masson, 1991, p. 104 *sq.*

143. M. de Fleury, *Les États dépressifs et la neurasthénie*, Paris, Félix Alcan, 1924.

144. M. Montassut, *op. cit.*

145. M. Montassut, « La fatigue du neurasthénique », *L'Évolution psychiatrique*, n° 2, 1939, p. 69.

146. P. Savy, *Traité de thérapeutique clinique*, Paris, Masson, 1948, tome II, p. 1996.

147. *Ibid.*, p. 2055.

148. « Il est indispensable, écrit encore Savy, que le sujet ait la certitude qu'on ait compris la réalité et l'atrocité de son malaise, et qu'on ne l'attribue pas à un pur effet d'imagination », *ibid.*, p. 2059. « Il y a des médecins, d'ailleurs consciencieux et instruits, auxquels manque la compréhension de l'état d'esprit de l'homme malade, surtout lorsque l'affection est plus morale que physique », p. 2067.

149. M. Montassut, « Le traitement physique de la dépression constitutionnelle », *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1937, p. 71-72.

150. P. Savy, *op. cit.*, p. 2058.

151. « Rien de plus variable que l'évolution des états psychasthéniques, écrit Savy. Passagers ou interminables, curables, incurables ou à rechutes [...], rien de plus difficile cependant que de préciser, que de deviner, parmi toutes les évolutions possibles, celle qui, dans tel cas particulier, semble la plus probable », *ibid.*, p. 2061.

152. M. Montassut, art. cité, p. 95.

153. La caféine, la benzédrine – une amphétamine synthétisée en 1931 –, la strychnine, le kola, etc. Voir P. Savy, *op. cit.*, p. 2005.

154. *Ibid.*, p. 2059 et 2060.

155. *Ibid.*, p. 2064. C'est moi qui souligne.

156. « Le véritable débat sur l'opium, écrit l'historienne de la douleur Roselyne Rey, portait plutôt sur ses effets réels : était-il un sédatif, un calmant, ou au contraire un stimulant ? », *op. cit.*, p. 149. « Des conceptions médicales opposées se rencontraient sur le terrrain de la thérapeutique, et cette médecine, qui voyait dans le défaut de stimulation la cause des maladies, contribuait à propager l'opium », p. 151. Voir également sur ce point l'ouvrage riche en informations de S.-W. Jackson, *Melancholia and Depression. From Hippocratics Times to Modern Times*, New Haven et Londres, Yale University Press, 1986, p. 394.

157. Cette incertitude se reproduira avec les antidépresseurs dans la mesure où la dépression est caractérisée par des épisodes qui se terminent sans que l'on en comprenne

nécessairement les motifs.

158. H. Ey, « Système nerveux et troubles nerveux » *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1947, p. 97.

159. M. Leiris, *L'Âge d'homme*, Paris, Gallimard, 1939, p. 10.

160. A. Corbin et G. Vincent, *in op. cit.*, et P. Lejeune, *Le Moi des demoiselles. Enquête sur le journal d'une jeune fille*, Paris, Seuil, 1993.

161. M. Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975.

162. Pour tout cela, voir les volumes 12 et 13 de la *Nouvelle Histoire de la France contemporaine*, J. Becker et S. Bernsein, *Victoires et frustrations, 1914-1929*, Paris, Seuil, 1990 et H. Dubief, *Le Déclin de la III*e *République, 1929-1938*, Paris, Seuil, 1976 ; N. Mayer, « L'atelier et la boutique : deux filières de mobilité sociale » et J.-F. Sirinelli, « Des boursiers conquérants ? École et "promotion républicaine" sous la III*e* République », *in* S. Berstein et O. Rudelle, *Le Modèle républicain*, Paris, PUF, 1992 ; S. Hoffmann, *Sur la France*, Paris, Seuil, 1976.

163. S. Freud, *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 80.

164. J. Donzelot, *L'Invention du social*, Paris, Fayard, 1984, p. 98.

165. I. Théry, « Vie privée et monde commun – Réflexions sur l'enlisement gestionnaire du droit », *Le Débat*, mai-août 1995, p. 142.

166. *Études sur l'hystérie, op. cit.*, p. 200. La phrase est soulignée par Breuer. Au XIX*e* siècle, « la fréquence des pertes séminales involontaires, dont ils [les médecins] ne cessent de parler, écrit Alain Corbin, conduit à penser que cette pratique, frustrante pour le sexe féminin, était alors très répandue », *op. cit.*, p. 543.

167. S. Freud, *Abrégé de psychanalyse, op. cit.*, p. 43.

168. Henri Ey écrit en 1948 : « La notion toujours plus étendue de "syndrome" rend moins vives les limites réciproques de ces entités. Les processus décrits se présentent avec une grande abondance de formes de passage ou d'espèces. De grands groupes pathologiques en dermatologie comme en gastro-entérologie, en cardiologie comme en neurologie tendent à se substituer aux affections particulières », *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948, p. 27.

169. F. Nietzsche, *op. cit.*, p. 79 et 78.

170. Voir *infra*, deuxième partie.

171. Ey sera secrétaire général de l'Association mondiale de psychiatrie jusqu'au milieu des années 1960.

172. J. Delay, « Discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie », rééd. dans *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, PUF, 1956, p. 50. Le congrès de 1900, qui eut lieu à Paris pendant l'Exposition universelle, était « dominé par des préoccupations d'assistance » et marqué par le « fatalisme », p. 49. « Méfions-nous, déclara un jour Kraepelin, méfiez-vous jeunes médecins qui m'écoutez, le fou est dangereux et le restera jusqu'à sa mort qui, malheureusement, n'arrive que rarement rapidement », cité sans référence dans la présentation à *La Folie maniaque-dépressive*, 1913, rééd. Paris, Jérôme Millon, 1993, « Présentation » de J. Postel et D.-F. Allen, Kraepelin, *op. cit.*, p. 12.

173. M. Jaeger, *Le Désordre psychiatrique. Des politiques de santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981, p. 122. Jaeger précise que, si « révolution psychiatrique » il y a, elle est plus

pour les psychiatres que pour les malades (p. 117 *sq.*). Sur l'ambiance thérapeutique qui règne en psychiatrie après la guerre, voir le témoignage de J. Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, Ramon-ville Saint-Agne, Éres, 1995. Pour une évaluation de l'*aggiornamento* psychiatrique et une explication des logiques professionnelles qui l'accompagnent, voir R. Castel, *La Gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1981, chap. 1.

174. Voir le travail pionnier de F. Fourquet et L. Murard, « Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? », *Recherches*, n° 17, mars 1975.

175. Marcel Jaeger estime qu'entre 1950 et 1970 « aucun changement fondamental ne se produit au niveau de l'encadrement des hôpitaux, du dénuement total des malades, du poids des relations hiérarchiques parmi les "soignants" [...]. Les velléités de changement sont rapidement absorbées par l'institution », *op. cit.*, p. 141.

176. « À travers le bilan du premier congrès mondial de psychiatrie [...], écrit par exemple en 1996 Michel Marie-Cardine, la thérapeutique psychiatrique apparaît comme très rudimentaire », *in* « Pharmacothérapie et psychothérapies : historique des recherches », *Revue internationale de psychopathologie*, n° 21, 1996, p. 44.

177. U. Cerletti, « Résumé du rapport », *in* H. Ey, P. Marty, J. Dublineau (comptes rendus des séances publiés par), *Premier Congrès mondial de psychiatrie* (1950, Paris), vol. IV, *Thérapeutiques biologiques*, Paris, Hermann, 1952, p. 15.

178. Tous les chefs de file de la psychanalyse française y participent. Voir É. Roudinesco, *La Bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1925-1985*, Paris, Seuil, 1986, vol. 2, p. 187.

179. Dans un bilan sur les neuroleptiques établi en 1975, Henri Ey regrette d'ailleurs que « les thérapeutiques biologiques [aient été] trop souvent systématiquement abandonnées », « Neuroleptiques et techniques psychiatriques », *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975, p. 41. « Quoi qu'il en soit, écrit Paul Balvet, dans toutes ces tentatives plus ou moins réussies (et même dans celles qui furent un échec), le malade psychiatrique (et singulièrement le malade psychiatrique hospitalisé) devenait, non plus verbalement, mais en fait un "malade". Le fou intouchable, le fou mythique, se mutait en malade sur lequel on pouvait agir, un homme qu'on pouvait transformer. En le transformant ainsi, le psychiatre s'apercevait qu'il n'en avait plus peur, s'apercevait que jusqu'alors il en avait peur. » P. Balvet, « Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine », *in* P.-A. Lambert (textes publiés par), *La Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965, p. 10-11.

180. E. Kraepelin, *op. cit.* Sur l'histoire de la schizophrénie, J. Garrabé, *Histoire de la schizophrénie*, Paris, Seghers, 1992, et R. Barrett, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997, chap. 7 et 8. On ne dispose pas, à ma connaissance, d'une histoire sociale et culturelle de la schizophrénie.

181. E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 128. Souligné par l'auteur. Kraepelin parle de mélancolie simple et de mélancolie grave.

182. E. Minkovski, *Le Temps vécu*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1995 (1933), p. 67. La phrase est soulignée par Minkovski. Ce paragraphe reprend l'analyse de Minkovski, p. 64-71. Je rappelle que Minkovski était un élève de Bleuler, qu'il introduisit l'abord

phénoménologique de la psychiatrie en France, participa à la naissance du mouvement psychanalytique français et au groupe de L'Évolution psychiatrique dont il fut l'un des fondateurs.

183. E. Minkovski, *ibid.*, p. 67.

184. C'est le reproche habituel fait à la phénoménologie : finesse descriptive, mais incapacité à avancer des causes.

185. Voir le témoignage d'André Roumieux sur l'hôpital psychiatrique de Rodez où est interné Antonin Artaud : *Artaud et l'asile. Au-delà des murs, la mémoire*, tome 1, Paris, Séguier, 1996. Le succès est tel qu'on pratique des électrochocs à la queue leu leu. L'histoire des méthodes de choc, et particulièrement celle de l'électrochoc, reste, à ma connaissance, à écrire. Signalons deux articles, trop factuels, de G.E. Berrios, « Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany : a conceptual history », *in* H. Freeman et G.E. Berrios (dir.), *150 Years of British Psychiatry*, Londres, Athlone, 1996, et « The scientific origins of electroconvulsive therapy : a conceptual history », *History of Psychiatry*, vol. 8, 1997. Un chapitre historique très anecdotique se trouve dans N.S. Endler et E. Persad, *Electroconvulsive Therapy. The Myths and the Realities*, Vienne-Stuttgart-Berne, Hans Huber, 1986.

186. Pour tout cela, j'utilise J. Delay, « L'œuvre de Henri Claude », *Études de psychologie médicale*, Paris, PUF, 1953. André Breton en fait un personnage dans *Nadja*.

187. Elles érigent cet aliéniste en père lointain de la psychopharmacologie moderne parce qu'il utilisa le haschich pour créer des psychoses expérimentales.

188. Avec Jacques Lacan bien entendu, mais, dans l'histoire de notre principal malheur intime, il ne joue guère de rôle : quand la psychanalyse (française) « découvrira » la dépression, ce n'est pas à lui qu'elle se référera. Cf. *infra*, deuxième partie.

189. Ces informations sont extraites de la leçon inaugurale que prononce Delay en 1946. J. Delay, *Aspects de la psychiatrie moderne*, p. 9-10 et 15.

190. Voir É. Roudinesco, *La Bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1885-1939*, Paris, Ramsay, vol. 1, 1982.

191. *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1946, cité par É. Roudinesco, *ibid.*, p. 416.

192. Cité par J. Delay, *ibid.*, p. 16.

193. Voir J. Goldstein, *op. cit.*, et I. Dowbiggin (qui analyse ses motifs institutionnels et professionnels), *op. cit.* Le chef de file de cette théorie était Valentin Magnan, qui dirigea le bureau des admissions de Sainte-Anne pendant quarante ans. Dans « Back to the future : Valentin Magnan, French psychiatry, and the classification of mental diseases, 1885-1925 » (*Social History of Medicine*, vol. 9, n° 2, 1996), Ian Dowbiggin décrit le déclin de ce thème dans le premier quart du XIX^e^ siècle.

194. Pour l'ouverture d'une « ère psychopathologique », voir Paul Bercherie, *op. cit.*

195. Sur la psychothérapie institutionnelle, voir F. Fourquet et L. Murard, *op. cit.*

196. Voir H. Ey, « Neuroleptiques et techniques psychiatriques », art. cité, p. 33-35. Au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Évrard, les psychoses chroniques seraient passées de 36 % entre 1921 et 1937 à 16 % entre 1938 et 1954, p. 35. Sur la combinaison des deux modalités de soin, voir Paul Balvet, « Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine », art. cité. L'insulinothérapie, écrit-il,

« démontrait la curabilité de la schizophrénie et liquidait dans nos esprits la notion de “démence précoce”, encore persistante alors dans nos esprits malgré l’ancienneté de la première publication de Bleuler », p. 7.

197. H. Baruk et J. Launay, « Aperçu historique sur la psychopharmacologie », *Annales Moreau de Tours*, tome II, Paris, PUF, 1965, p. 4. En revanche, des troubles fonctionnels peuvent parfaitement créer des lésions. Voir J. Delay, *Études de psychologie médicale*, p. 233 *sq.*

198. H. Baruk et J. Launay, art. cité. Dans les années 1930, « le rôle de certains médiateurs chimiques, comme la sérotonine, dans la reproduction des psychoses expérimentales » est mis en avant, p. 7.

199. H. Baruk et J. Launay, *ibid.*, p. 4 et 5.

200. Tout cela mériterait une étude plus précise. Je n’évoque même pas ici le rôle joué par l’électro-encéphalographie ou les névroses expérimentales sur les animaux à partir des travaux de Pavlov.

201. Gustave Roussy, « Préface » à Jean Delay, *Les Dérèglements de l’humeur*, Paris, PUF, 1946, p. X. Roussy attribue, comme tout le monde, la liaison entre les deux types de centres à « l’utilisation des chocs, qu’il s’agisse des chocs comatogènes ou des chocs épileptogènes », p. IX.

202. Charles Feré dans un ouvrage de 1899, cité par F.-J. Sulloway, *op. cit.*, p. 259. Sulloway précise que Freud possédait l’ouvrage de Feré et connaissait évidemment fort bien, comme tous les neurologues de son époque, la doctrine de Jackson.

203. Le manifeste du jacksonisme français est un ouvrage publié en 1928 par C. von Monakow et R. Mourgue, *Intégration et désintégration de la fonction*. Sa réception mériterait à elle seule une étude. Le dynamisme instinctif joue un rôle de premier ordre dans la différenciation des fonctions de l’organisme. Voir J. Delay, « Le jacksonisme et l’œuvre de Ribot », *in Études de psychologie médicale, op. cit.* Le mot « manifeste » est de Delay. Voir également, P. Guiraud, *Psychiatrie générale*, Paris, Le François Éditeur, 1950, chap. V. « Nous trouvons pour la première fois, écrit-il, l’exposé d’un système de neuropsychiatrie conçu dans un esprit véritablement biologique », p. 164. Cette doctrine est exposée à de nombreuses reprises par Henri Ey. Sur la pensée de Jackson, voir M. Baland, « Les fondements psychologiques de la notion d’automatisme mental chez John Hughlings Jackson », *L’Information psychiatrique*, juin 1989, octobre 1989, janvier 1990.

204. Gustave Roussy le souligne pour Delay : « C’est précisément sous l’angle de la loi jacksonienne que Jean Delay étudie les dérèglements de l’humeur », *op. cit.*, p. X. Sur le jacksonisme d’Ey, on peut consulter T. Trémine, « Henri Ey et le fil rouge du jacksonisme », *L’Information psychiatrique*, n° 7, septembre 1997.

205. Henri Ey, *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, Étude n° 7, « Principes d’une conception organo-dynamique de la psychiatrie », p. 163. Pour Ey, « Janet est le plus grand psychiatre français de ce siècle », p. 158.

206. *Ibid.*, p. 150.

207. *Ibid.*, p. 149.

208. H. Ey, « Les limites de la psychiatrie et le problème de la psychogenèse », Introduction à L. Bonnafé, H. Ey, S. Follin, J. Lacan, J. Rouart (éd.), *Le Problème de la psychogenèse des*

névroses et des psychoses, sl, Desclée de Brouwer, 1950, p. 13 et 14. Souligné par Ey. L'affrontement entre Ey et Lacan sur la causalité psychique est le cœur de ce colloque.

209. *Ibid.*, p. 12.

210. *Ibid.*, p. 19 et 20.

211. H. Ey, « Système nerveux et troubles nerveux », art. cité.

212. Paul Guiraud, *op. cit.*, p. 184. « Pourquoi [Freud] appelle-t-il le conflit "psychogène" ? Parce que nous ne savons pas le décrire, l'étudier autrement que par la méthode psychologique, mais cela ne prouve nullement que ce conflit n'a pas un aspect physiopathologique », p. 199.

213. Paul Guiraud, *ibid.*, p 200.

214. Paul Guiraud, *ibid.*, p. 581, 586, 600 et 606. Au premier congrès mondial de psychiatrie en 1950, Guiraud déclare : « L'apport de la psychanalyse à la pathogénie des délires a été précieux », « Pathogénie. Étiologie des délires », *in* H. Ey, P. Marty, J. Dublineau (comptes rendus des séances), *Premier Congrès mondial de psychiatrie*, vol. 1, *Psychopathologie générale*, vol. I, Paris, Hermann, 1952, p. 22. Son précis de psychiatrie (en collaboration avec Maurice Dide et publié pour la première fois en 1922) est, jusqu'à la fin des années 1950, l'abécédaire non seulement des étudiants en psychiatrie et des psychiatres, mais également de tout médecin qui veut s'initier à la psychiatrie. Voir le colloque Dide et Guiraud publié par *L'Évolution psychiatrique*, 58, n° 4, octobre 1993.

215. *Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses, op. cit.*, p. 25 et 41.

216. J. Delay, *Les Dérèglements de l'humeur, op. cit.*, p. 5.

217. J. Delay, *ibid.*, p. 73. P. Delmas-Marsalet confirme les pourcentages sur la mélancolie au congrès de 1950, *op. cit.*, p. 100. Il publie un ouvrage épais sur l'électrochoc où il fournit une interprétation différente des effets du choc, *Électrochoc et thérapeutiques nouvelles en neuropsychiatrie*, Paris, Baillère, 1946. Le syndrome humoral ne résulte pas du diencéphale ou d'une autre aire du système nerveux, mais du travail musculaire. Et c'est moins un choc émotionnel qui guérit qu'une dissolution de la conscience.

218. *Ibid.*, p. 11. Souligné par Delay. Ey décrit ainsi la conscience mélancolique : « Celui qui connaît et a tant soit peu approfondi la conscience mélancolique admet comme une évidence que, pour si humaine et morale qu'elle soit, cette conscience morbide nous présente plutôt une caricature (d'ailleurs sinistre et pitoyable) qu'il n'est une réelle situation de péché », H. Ey, « Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique », *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 542.

219. *Les Dérèglements de l'humeur, op. cit.*, p. 77. L'électrochoc « joue le rôle d'un véritable traitement d'épreuve guérissant les formes qui se rattachent à la psychose maniaco-dépressive, n'ayant au contraire qu'une action médiocre ou nulle sur les formes [mineures de la mélancolie] véritablement neurasthéniques et psychasthéniques », p. 27. « La plupart de nos revues spécialisées, écrit Georges Daumézon, sont pleines, depuis une quinzaine d'années, de publications relatives aux thérapeutiques de choc. » Étant donné la discordance des statistiques, il trouve peu utiles « les synthèses qui se contentent de constater l'action électivement "thymique" du choc ». En revanche, il faudrait faire de la nosographie, parce que, pense-t-il comme Delay, les thérapeutiques de choc « font apparaître des aspects inattendus, tantôt dissociant des éléments des entités habituelles,

tantôt modifiant des tableaux cliniques », G. Daumézon, « Nosographie et thérapeutiques de choc », *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1950, p. 247, 252 et 249.

220. On sait qu'Henri Ey a appelé « organodynamisme » sa conception de la psychiatrie. « L'organisme est pour nous, écrit-il, un mouvement, et son histoire un lieu d'où émerge l'esprit à la mesure de son organisation. C'est cette bipolarité de la structure et non la dualité de deux substances qui définit l'opposition de la matière et de l'esprit. Et c'est parce que je donne au pôle psychique un sens et une réalité que je donne aussi au pôle organique un sens et une réalité », « Discussion du rapport de Lacan », *in* L. Bonnafé *et alii, op. cit.*, p. 56. Parmi les grandes figures psychiatriques de l'époque, seul Jacques Lacan échappe à ce ralliement, mais il n'a pas encore fait école.

221. J. Delay, *Études de psychologie médicale*, p. 72. Cerletti explique, au congrès de 1950, que les travaux de Delay lui ont permis de comprendre que ce n'est pas le choc épileptique qui guérit, mais « la réaction humorale même ». Un élève de Delay souligne de son côté que l'on doit à Cerletti d'avoir donné aux effets biologiques une base solide par ses investigations humorales, « Rapport des discussions qui ont eu lieu dans les divers pays avant le congrès », *Premier Congrès mondial de psychiatrie*, vol. IV, *Thérapeutiques biologiques, op. cit.*

222. J. Delay, *Les Dérèglements de l'humeur*, p. 9. Janet parle quelque part d'« agonie morale ».

223. P. Wallez, *Limitation de la sismothérapie dans les états mélancoliques mineurs*, thèse de médecine, Paris, 1947-1948, p. 21.

224. Selon Julien Rouart, « pour le psychiatre, état dépressif = mélancolie. [...] C'est l'état que, dans sa forme typique, on reconnaît dès qu'on ouvre la porte de son cabinet de consultation, tant le faciès, l'attitude, sont caractéristiques », art. cité, p. 460. « Même dans la langue médicale, écrit Arthur Tatossian trente ans plus tard, ce n'est que tardivement que le mot a pris son sens actuel et qu'un regroupement de l'ensemble des humeurs tristes comme "états dépressifs" est devenu possible. [...] Jusqu'avant la Seconde Guerre mondiale, les traités et les manuels tendent plutôt à utiliser le mot mélancolie assorti d'épithètes péjorantes ou adoucissantes », A. Tatossian, « Les pratiques de la dépression : étude critique », *Psychiatrie française*, mai 1985, p. 264. Ce rapport est sans doute le travail le plus complet que j'aie pu consulter en France.

225. Voir M. Le Mappian, « Aspects cliniques des états dépressifs », *L'Encéphale*, n° 5, 1949. L'auteur étudie cent malades. Il s'agit de « malades qui, le plus souvent, reconnaissent en eux un état anormal, se plaignent de manquer de forces d'intérêt à leur activité et présentent des affects allant de l'ennui à la tristesse ou encore des troubles du type de l'angoisse ou de l'obsession », p. 220. Au symposium de 1954 sur les états dépressif, le Dr Jean Laboucarie tire le bilan d'une expérience portant sur deux mille cas d'« états mélancoliques et de dépressions névrotiques » dans un établissement fermé et dans un autre de cures libres : ces états forment 15 % de la clientèle du premier et 47% de celle du second, « Discussion », *in op. cit.*, p. 564.

226. P. Wallez, *op. cit.*, p. 21-22.

227. J. Delay, *Les Dérèglements de l'humeur*, p. 29. Paul Neveu confirme les positions de son patron au premier congrès mondial : « Cette méthode est rejetée dans les autres cas, et en particulier dans les névroses, par la plupart des auteurs, en raison des troubles mnésiques

durables et graves de type rétrograde et posttraumatique. » Il trouve abusives les positions tenues par certains de ses collègues sur l'efficacité de l'électrochoc pour des « dépressions réactives » ou des « dépressions légères », rapport cité, p. 49. Wallet conclut sa thèse de la même manière en ajoutant : « Ces faits sont tellement connus et fréquents que nous jugeons inutile d'en rapporter les observations », *op. cit.*, p. 41 et 42.

228. Art. cité, p. 254.

229. *Ibid.*

230. C.-A. Martin et L. Crémieux « Traitement des psychonévroses par l'électrochoc », *Premier Congrès mondial de psychiatrie, op. cit.*, p. 289. P. Delmas-Marsalet tire un bilan à l'opposé : « Sans doute est-il plus facile de démolir un système délirant purement imaginaire que d'effacer la perte d'un être cher, la perte d'une situation sociale ou les sanctions sociales infamantes résultant d'accusations non fondées », *ibid.*, p. 99-100. Dans le même sens, W. Sargant, rappelle que « le cerveau, comme le corps, est inexorable en ce qu'il demande que des agents thérapeutiques corrects et bien définis soient appliqués à des types de maladies mentales également bien définies », « Indications et mécanisme de l'abréaction et ses relations avec les thérapeutiques de choc », *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1950, p. 614.

231. *Ibid.*, p. 295. Ils ajoutent : « Souvent même, cette dernière est inutile, le patient s'étant rectifié grâce à ses propres mécanismes psychologiques », p. 295.

232. J. Delay, *in ibid.*, p. 297.

233. J. Rouart, « Dépression et problèmes de psychopathologie générale », art. cité, p. 459.

234. J. Mallet, « La dépression névrotique », *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 483. Il ajoute : « Il semble à la vérité étonnant que Freud, tout en admettant l'existence de dépressions mélancoliques, s'y soit à peine arrêté », p. 485. Selon Freud, un accès mélancolique peut survenir dans une névrose obsessionnelle ou hystérique : « Les causes déclenchantes [...] englobent toutes les situations où l'on subit un préjudice, une humiliation, une déception », « Deuil et mélancolie », *in Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 161.

235. J. Mallet, art. cité, p. 487. « Du fait de leur narcissisme résiduel (qui leur fait attacher à leurs actes psychiques une valeur exagérée), les névrosés réagissent à leurs propres désirs comme les normaux réagissent à leurs propres actions. La culpabilité fait place à la dépendance dans la structure hystérique comme elle fait place aux autotourments dans la structure obsessionnelle », p. 490-491.

236. *Ibid.*, p. 483.

237. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse, op. cit.*, p. 83.

238. H. Ey, « Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique », art. cité, p. 547.

239. « L'endogénéité "dans la dépression" [...] apparaît comme un trait fondamental dans les deux cas », *ibid.* p. 535. Ce « "fond dépressif" [...] fait du malade ce neurasthénique, cet "anxieux", ce "déprimé", cet "asthénique" dont l'état d'âme est véritablement "retourné" vers l'angoisse », *ibid.*, p. 548.

240. J. Laboucarie, « Discussion », p. 565. Il estime efficaces les traitements de choc dans toutes les dépressions à partir de son expérience de deux mille cas. D'où « le caractère artificiel de l'opposition établie entre dépression mélancolique et dépression névrotique. On

constate certes des différences dans la rapidité et le degré des résultats, en fonction précisément de la structure de la personnalité sous-jacente. On peut dire que l'électrochoc agit sur les troubles de la conscience dépressive, mais ne modifie pas le trouble de la personnalité », discussion sur les rapports présentés *in ibid.*, p. 568.

241. M. Le Mappian, art. cité, p. 222.

242. Ey voit une confirmation de sa doctrine jacksonienne dans « les multiples effets observés sous l'influence de la *thérapeutique par les chocs* dans l'évolution des psychoses. Il s'agit là, ajoute-t-il, d'une thérapeutique non spécifique qui transforme les tableaux cliniques », *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale, op. cit.*, p. 154. Souligné par Ey.

243. P. Delmas Marsalet évoque « ces psychoses réactionnelles dépressives, qui ne sont que l'exagération des réactions affectives normales, nous les qualifierons volontiers de "psychoses légitimes" en soulignant que leur résistance plus grande à l'électrochocthérapie marque simplement qu'elles se situent aux confins du normal et du morbide », *Premier Congrès mondial de psychiatrie, op. cit.*, p. 99-100. Deux psychiatres américains estiment en 1948 que « la thérapeutique de choc fut utilisée quand les malades, du fait de leur agitation, de leur dépression ou de leur délire, n'étaient plus accessibles à la psychothérapie, étaient incapables de prendre une participation utile à leur entourage et étaient, par leurs réactions et leurs idées, dangereux pour eux et pour les autres », Rickles et Polan, *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 59, 1948, p. 337, cité par G. Daumézon, art. cité, p. 250.

244. Elle n'avait auparavant que les barbituriques. Jacques Gasser est en train de finir un travail sur son rôle dans la prescription hospitalière à partir des années 1920 en Suisse. Ce rôle fut loin d'être négligeable. Sur les stratégies des industries dans la constitution des marchés de la dépression aux États-Unis et en Grande-Bretagne ainsi que sur les liens avec la recherche, voir le livre récent du psychiatre britannique David Healy, *The Antidepressant Era*, Cambridge (Mass.)-Londres, Harvard University Press, 1997 (curieusement, l'ouvrage n'a été disponible qu'à la fin du mois de mars 1998). C'est, à ma connaissance, le premier travail professionnel sur l'histoire des antidépresseurs et de la dépression. Healy s'appuie à la fois sur la littérature psychiatrique et sur de nombreux entretiens avec les chercheurs et les cliniciens qui ont fait la psychopharmacologie depuis les années 1950. Voir son recueil d'entretiens : D. Healy, *The Psychopharmacologists*, Londres, Altman, 1996. Un deuxième volume a été publié en 1998. Parmi les Français, seuls Pierre Pichot et Thérèse Lempérière y figurent.

245. Ce thème sera développé dans le chapitre suivant.

246. Henri Ey écrit dans un bilan de la psychiatrie en 1965 : « Le praticien devient plus conscient du fait psychopathologique et de la "composante" psychique des maladies », « Perspectives actuelles de la psychiatrie », *La Revue du praticien*, numéro spécial *L'Année du praticien*, tome XV, 7 décembre 1965, p. 72.

247. J. Lacan, *L'Angoisse*, séminaire 1962-1963, leçon du 19 juin 1963, ronéo.

248. D. Laplane « Avant-propos » au numéro spécial de *La Revue du praticien* consacré aux « Syndromes dépressifs », 1er octobre 1963.

249. P. Deniker, *La Psychopharmacologie*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1966, p. 98. Vingt-cinq ans plus tard, deux psychiatres de Sainte-Anne pensent que c'est un « terme

relativement nouveau », H. Lôo et P. Lôo, *La Dépression*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1991, rééd. 1993, p. 6.

250. D. Moussaoui, « Biochimie de la dépression. Analyse de la littérature », *L'Encéphale*, n° 4, 1978, p. 212.

251. J.-C. Scotto *et alii*, « Stratégie thérapeutique devant une dépression », *La Revue du praticien*, tome XXXV, n° 27, 11 mai 1985, p. 1633. Dans ce même numéro, Daniel Widlöcher explique : « Ce qui rend l'analyse épidémiologique difficile dans le domaine de la dépression, c'est que, plus encore que dans d'autres domaines de la pathologie, la définition du "cas" est particulièrement délicate », p. 1613.

252. J.-C. Scotto, « Éditorial », *L'Encéphale*, XXII, numéro spécial I, mai 1996, p. 1.

253. R.E. Kendell, « The classification of depressions : a review of contemporary confusion », *British Journal of Psychiatry*, n° 129, 1976, p. 15.

254. *Ibid.*, p. 16.

255. Les enjeux de cette transformation seront examinés au chapitre V.

256. H. van Praag, « The DSM-IV (depression) classification : to be or not to be ? », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 78, n° 3, mars 1990, p. 148 et 149. L'article paraît au moment où la quatrième version du *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) est en préparation. Il sera publié en 1994. Dans les revues à destination de la médecine générale, on retrouve la même difficulté. Ainsi, dans un dossier sur la dépression dans *Impact Médecin Hebdo* du 11 octobre 1996 : « La principale difficulté et la mieux documentée réside dans la *définition* [souligné dans l'article] de la maladie dépressive. En effet, malgré les progrès réalisés depuis l'introduction et la diffusion des classifications diagnostiques internationales des maladies (DSM, ICD), les résutats ne sont pas toujours homogènes d'une étude à l'autre », p. IV, supplément Formation médicale continue.

257. M. Micale, *op. cit.*, et M.-N. Evans, *op. cit.*

258. « Elles sont sans aucun doute parmi les plus communs des troubles psychiatriques », écrit Heinz Lehmann, « Epidemiology of depressives disorders », *in* R.-R. Fieve (ed.), *Depression in the Seventies. Modern Theory and Research*, New York, Excerpta Medica, 1970, p. 21.

259. D.-F. Klein, « La physiologie et les troubles anxieux », *in* L. Chneiweiss et E. Albert (dir.), *Stress et anxiété : les faux-semblants*, Laboratoires Upjohn, sd (1993), p. 95.

260. L'argument de Klein allie épreuve thérapeutique et dissection pharmacologique : « Un grand nombre de manifestations pathologiques [...] sont totalement bloquées par des traitements appropriés, alors que la peur ordinaire et la sensibilité sociale, elles, n'en sont pas modifiées », *ibid.*, p. 98-99. Klein a montré en 1964 qu'une forme d'anxiété, l'attaque de panique, était très sensible à l'imipramine (le premier antidépresseur). À partir de ses travaux, la névrose d'angoisse de Freud sera démembrée en deux syndromes : l'attaque de panique et le trouble anxiété généralisée. Il note d'ailleurs que les travaux sur l'anxiété généralisée montrent une confusion avec les dépressions, p. 107.

261. H. Lehmann, *op. cit.*, p. 122. Le syndrome dépressif fait plus craindre la tentative de suicide que le syndrome anxieux.

262. On se rappelle que le héros de *L'Étranger* de Camus n'éprouve aucune émotion à la mort de sa mère, ce qui sera une circonstance aggravante dans son procès. L'absence de

tristesse et celle de douleur morale sont précisément ici des signes pathologiques.

263. J. Delay et P. Deniker, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes*, Paris, Masson, 1961, p. 317.

264. A. Green, « Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique) », *L'Encéphale*, n° 1, 1961, p. 32. Ce texte est une longue étude de plus de soixante-dix pages.

265. Je laisse de côté la question des anxiolytiques parce qu'ils sont globalement considérés comme des médications symptomatiques. Cf. J. Delay et P. Deniker, *op. cit.*, p. 432, entre autres.

266. A. Caldwell, *Origins of Psychopharmacology. From CPZ to LSD*, Spring-field, Charles C. Thomas, 1970. Malheureusement, l'ouvrage n'aborde pas le contexte institutionnel. J.-P. Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry. A Study of Therapeutic Innovation*, Cambridge (Mass.) et Londres, MIT Press, 1974. Ce livre a l'intérêt d'étudier les débuts de l'usage des neuroleptiques dans les services psychiatriques. Une deuxième série de neuroleptiques allait voir le jour avec les dérivés de la réserpine en 1954. Il est inutile d'en raconter l'histoire, du point de vue des objectifs de cet ouvrage.

267. A. Caldwell, *op. cit.*, p. 21. Paul Guiraud en rend compte dans une publication de 1950. Manifestement, il n'en fait pas état au congrès mondial qui s'est tenu la même année.

268. La synthèse est réalisée par le chimiste Paul Charpentier. Simone Courvoisier fait ensuite les tests pharmacologiques. Elle présente une communication au colloque de 1955, « Sur les propriétés pharmaco-dynamiques de la chlorpromazine en rapport avec son emploi en psychiatrie », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 5, 1956. Elle décrit les réflexes conditionnés que l'équipe a cherché à créer par expérimentations animales : elles ont prouvé sa fonction de « déconditionnement psychique » (p. 1255) « en nous conformant le plus exactement possible aux règles énoncées par Pavlov » (p. 1249).

269. H. Laborit, P. Huguenard, R. Alliaume, « Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 RP) », *Presse médicale*, n° 60, 13 février 1952, cité par A. Caldwell, *op. cit.*, p. 135. Souligné par moi.

270. A. Caldwell, *op. cit.*, p. 41. H. Laborit, *La Vie antérieure*, Paris, Grasset, 1989, p. 106. Il y a une dispute sur la paternité de la découverte de l'action psychotrope centrale de la chlorpromazine sur laquelle je ne me prononcerai pas (le livre de Caldwell est « pro-Laborit »). En tout cas, Laborit recevra le prix Lasker pour ses travaux en anesthésiologie et Delay pour ses travaux en psychiatrie.

271. Pour une description de cet effet « spectaculaire », voir par exemple C.-L. Zirkle, « To tranquillizers and antidepressant. From antimalarial and antihistamines », *in* F.H. Clarke (ed.), *How Modern Medecines are Discovered*, Futura Publishing Company, sl, 1973. T. Kammerer *et alii* sont moins impressionnés, la supériorité par rapport à l'électrochoc n'étant pas évidente, *in* Lambert, *op. cit.*, p. 33. Plusieurs communications au *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique* manifestent un enthousiasme mitigé. Voir, par exemple, A.-M. Rance, A. Jurquet et J. Roger, *L'Encéphale*, n° 4, 1956.

272. J. Delay, P. Deniker, J.-M. Harl, communication présentée le 26 mai 1952, citée par J. Delay et P. Deniker, *op. cit.*, p. 21.

273. W. Overholser : « Les barbituriques, tout en calmant le patient, le faisaient au détriment de sa conscience et le mettaient même dans un état de stupeur. » « La chlorpromazine ouvre-t-elle une ère nouvelle dans les hôpitaux psychiatriques ? », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 4, *op.cit.*, p. 313.

274. H.-E. Lehmann, « L'arrivée de la chlorpromazine sur le continent nord-américain », *L'Encéphale*, n° XIX, 1993, p. 58.

275. P. Deniker, « Qui a inventé les neuroleptiques ? », *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975, p. 12. Cette livraison, consacrée à « Neuroleptiques : vingt ans après », est d'une très grande richesse.

276. P. Deniker, art. cité, p. 12.

277. Cf. les propos de R. Kühn sur ses essais avec la chlorpromazine, A. Caldwell, *op. cit.*, p. 191.

278. J. Delay, « Introduction au colloque international », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 4, 1956, p. 305. 147 communications y ont été présentées.

279. J. Delay, « Allocution finale », *L'Encéphale*, n° 5, 1956, *op. cit.*, p. 1184.

280. J. Delay et P. Deniker le soulignent à plusieurs reprises, *op. cit.*

281. R. Kühn, « The imipramine story », *in* F.-J. Ayd et B. Blackwell (éd.), *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphie, Lippincott, 1970, p. 206. Les phrases entre guillemets qui suivent sont extraites de cet article.

282. On sait que les neuroleptiques ont été essayés avec de mauvais résultats sur les mélancoliques. Quand l'anxiété domine le tableau dépressif, certaines études montrent « qu'il est indiqué de tranquilliser les malades [...], puis de les soumettre au traitement électrique », J.-E. Staehelin et F. Labhard, « Les résultats obtenus par les neuroplégiques dans le traitement des psychoses et des névroses », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 4, 1956, *op. cit.*, p. 516. Pour les névroses, les auteurs précisent qu'ils ont obtenu, « à côté d'échecs, des résultats nettement réjouissants » (p. 517) : hoquets ou asthme d'origine névrotique, par exemple. Ils notent de bons résultats dans les toxicomanies. Staehelin est le directeur de la clinique psychiatrique universitaire de Bâle.

283. H. Ey, dans son compte rendu du congrès, note : « R. Kühn (un peu en marge du congrès) a signalé des effets notables, mais irréguliers d'un dérivé de l'iminodibenzyle sur les poussées schizophréniques à tonalité dépressive », repris *in Schizophrénie – Études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, sd, p. 363. Ey ne remarque même pas qu'il s'agit de tout autre chose.

284. Ce que confirment, au moins partiellement, les évaluations sur les patients dans de nombreux articles. Ainsi, d'une expérimentation par Delay, Deniker et Lempérière sur 137 patients : « Les meilleurs résultats ont été notés dans les syndromes mélancoliques francs (74 %) alors qu'ils ne sont que de 54 % dans les dépressions simples », J. Lereboullet et R. Escourolle, « La neuropsychiatrie en 1960 », *La Revue du praticien*, tome X, n° 27, 21 octobre 1960, p. 2913. Kühn écrit néanmoins trente ans plus tard que « les

antidépresseurs agissent favorablement sur les dépressions réactionnelles. Nous nous permettons d'insister particulièrement sur ce point », « Psychopharmacologie et analyse existentielle », *Revue internationale de psychopathologie*, n° 1, 1990, p. 46.

285. C'est moi qui souligne. Kühn reprend certains éléments développés ici dans un article fort critique sur les recherches psychopharmacologiques actuelles : « Le chercheur ne se limite pas à *découvrir* des actions plus ou moins bien définissables d'une substance psychopharmacologique. Son action va bien plus loin, il doit *inventer* l'entité morbide pour laquelle une certaine substance peut être une médication spécifique, [...] il doit accomplir *un acte créateur* », « Clinique et expérimentation en psychopharmacologie », *Psychanalyse à l'université*, 11, 41, 1986, p. 115.

286. A. Broadhurst, entretien avec D. Healy, *in The Psychopharmacologists, op. cit.*, p. 119.

287. J. Guyotat, « Remarques sur les relations entre chimiothérapie et psychothérapie », *in Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963, p. 92. Cet ouvrage est édité par le Comité lyonnais de thérapeutique psychiatrique. Ce groupe, qui réunit pharmacologues et psychiatres, est connu pour avoir centré ses travaux sur la place des psychotropes dans la prise en charge des maladies mentales. Un premier ouvrage collectif avait été publié en 1956, *La Thérapeutique par la chlorpromazine en psychiatrie*. Delay et Deniker notent que les médications antidépressives sont « capables de produire des états subeuphoriques. Cependant, on doit remarquer que leur action s'exerce essentiellement vis-à-vis des états dépressifs, c'est-à-dire chez les sujets psychotiques ou névrotiques et non pas chez les sujets normaux à l'égard desquels ils semblent presque dépourvus d'effets. Aucune toxicomanie n'a été observée avec ce type de médicaments », *op. cit.*, p. 432. Seuls les tranquillisants sont incriminés.

288. « Monoamine oxidase inhibitors : an unfinished picaresque tale », *in* F.-J. Ayd et B. Blackwell (ed.), *op. cit.* Les phrases entre guillemets sont extraites de cet article.

289. N. Kline, « Thérapeutique de la dépression », *in Tables psycholeptiques pour praticiens*, Genève, Médecine et Hygiène, 1964 et 1965, cité par P.-A. Lambert, *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson, 1990, p. 52. Les travaux français notent que l'iproniazide « paraît surtout intéressante sur l'apathie, le manque d'initiative, l'asthénie. [...] On observe aussi de bons résultats dans les dépressions sur fond hystérique où prédominent la dépendance affective, le besoin de gratification, et souvent sur le plan physique l'hypersomnie », écrit J. Guyotat, « Iproniazide et inhibiteurs de la monoamine oxydase », *Actualités de thérapeutique psychiatrique, op. cit.*, p. 295-296. Green estime que le problème essentiel avec cette molécule est celui « d'une euphorisation excessive du malade », « Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique) », art. cité, p. 71.

290. En 1974, Nathan Kline publie un livre sur la dépression intitulé *From Sad to Glad* : sur la page de couverture de l'édition de poche (de 1984), on trouve cet argument de vente : « Comment la surmonter [la dépression] sans la psychanalyse ? »

291. Voir *infra*, chapitre VI.

292. Au deuxième congrès mondial de psychiatrie à Zurich en 1957 est décidée la création d'un organe de coopération internationale regroupant toutes les disciplines susceptibles de s'intéresser aux psychotropes. C'est le Collegium Internationale Neuro-

Psychopharmacologicum (CINP). Il organise des congrès où se retrouve le gotha international. En France, Henri Baruk et Jacques Launay créent la Société Moreau de Tours en 1958 et en 1962 les *Annales* du même nom, Jean Delay, Pierre Deniker et Pierre Thuillier la Société de psychopharmacologie de langue française, etc.

293. D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, p. 111.

294. J. Delphaut, *Pharmacologie et psychologie*, Paris, Armand Colin, 1961, p. 175.

295. C. Brisset, « La psychopharmacologie. Étude de nos moyens de connaissance des médicaments en psychiatrie », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, 1966, p. 639-640. Actes de la réunion annuelle de L'Évolution psychiatrique du 12 décembre 1965 consacrée à « Psychopharmacologie et psychothérapie ». Brisset est l'auteur d'un fameux *Traité de psychiatrie* avec Ey et Bernard dont la 6e réédition date de 1989.

296. Les aspects biochimiques seront décrits dans le chapitre VI quand on abordera les ISRS.

297. J. Delay, « Adresse présidentielle » (discours d'ouverture), *in* H. Brill (ed.), *Neuro-Psychopharmacologie. Proceedings of the Fifth International Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologie*, Amsterdam-New York-Londres-Milan-Tokyo-Buenos Aires, Excerpta Medica Foundation, 1967 (Congrès de Washington, 1966), p. XV.

298. J. Delay et P. Deniker, *op. cit.*, p. 377.

299. *Ibid.*, p. 357. Souligné par les auteurs.

300. J. Guyotat, art. cité, p. 91.

301. J. Guyotat, *ibid.*, p. 96. « Il est assez curieux, note Guyotat, de constater la résistance de certains psychiatres à ce fait d'observation courante qu'une substance chimique peut agir sur l'équilibre psychologique. On accepte bien une action sur les symptômes considérés comme productions sans importance, mais on n'accepte pas une action psychologique globale », p. 84. Green note qu'un « des avantages et non des moindres [des thymoanaleptiques] est l'association possible avec la psychothérapie signalée par un grand nombre d'auteurs. La plupart (Azima, Racamier) constatent que le malade grâce à la médication se révèle plus sensible à la psychothérapie », « Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique) », art. cité, p. 69-70. Parmi les psychanalystes travaillant sur les chimiothérapies, Green aurait pu rajouter Nacht, Lebovici, Diatkine, Stein, Male, Bouvet, ainsi que le groupe de Lyon.

302. A. Sarradon, *in* « Assises départementales de médecine sur les états dépressifs » (1972), *Les Cahiers de médecine*, n° 7, juin 1973, p. 541.

303. J. Delay et P. Deniker, *op. cit.*, p. 423.

304. Cf. J. Guyotat, art. cité, et T. Kammerer, L. Israël et C. Noel, « Une dépression guérie par l'imipramine. Étude critique », *Cahiers de psychiatrie*, n° 14, 1960.

305. J. Guyotat, art. cité, p. 94.

306. C. Blanc, « La psychopharmacologie », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, 1966, p. 722.

307. J. Delay, « Adresse présidentielle », *in* H. Brill (ed.), *op. cit.*, p. XX.

308. C. Blanc, « Conscience et inconscient dans la pensée neurobiologique actuelle. Quelques réflexions sur les faits et les méthodes », *in* H. Ey, *L'Inconscient*, VIe colloque de

Bonneval (novembre 1960), Paris, Desclée de Brouwer, 1966, p. 213.

309. T. Kammerer, R. Ebtinger, J.-P. Bauer, « Approche phénoménologique et psychodynamique des psychoses délirantes aiguës traitées par neuroleptiques majeurs », *in* P.A. Lambert, *op. cit.*, p. 17.

310. A. Green, « La psychopharmacologie : ouvertures, impasses, perspectives », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 31, n° 4, 1966.

311. A. Green, « Les portes de l'inconscient », *in L'Inconscient, op. cit.*, p. 20.

312. A. Green, *ibid.*, p. 22.

313. « Dès qu'une certaine quantité de stimulation lui est ajoutée, l'organisme répond par une réaction motrice qui constitue la décharge de l'énergie apportée. C'est ce que l'on voit, dit Freud, dans le réflexe », S. Lebovici et R. Diatkine, « Les pulsions et l'inconscient », *in ibid.*, p. 57 et 59.

314. A. Green, « Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques et leur association en thérapeutique psychiatrique) », art. cité, p. 89. Et de citer, chez les contemporains, Nacht, Racamier, Stein, Male, etc.

315. J. Delay, *in* H. Brill (ed.), *op. cit.*, p. XXII.

316. H. Ey, « Neuroleptiques et techniques psychiatriques », art. cité. Souligné par Ey.

317. J. Delay, *Études de psychologie médicale, op. cit.*, p. 227. La citation concerne la narco-analyse.

318. L. Fouks, T. Lainé, Périvier, « Les inhibiteurs de la monoamine oxydase » (symposium de juin 1962 sur les états dépressifs), *Annales Moreau de Tours*, 1965, *op. cit.*, p. 150 et 151.

319. C. Blanc, « La psychopharmacologie », *art. cit.*, p. 716.

320. Les chimiothérapies « augmentent considérablement le nombre des malades qui peuvent être abordés par psychothérapie », J. Delay et P. Deniker, *op. cit.*, p. 422.

321. P. Marchais « Essai d'approche clinique des états dépressifs névrotiques. Leurs indications chimiothérapiques actuelles », *Annales Moreau de Tours*, 1965, tome II, p. 85.

322. L'insulinothérapie « apportait, avec le nursing, un geste psychothérapeutique. [...] Pour la presque totalité des psychiatres hospitaliers français, c'était une découverte », écrit Paul Balvet, art. cité, p. 7. Cf. aussi A. Roumieux, *op. cit.*

323. *Ibid.*, p. 9.

324. Cf. G. Daumézon, « Modification de la symptomatologie des troubles mentaux et de la sémiologie psychiatrique au cours des cinquante dernières années », *Journal de psychologie*, n° 4, 1977.

325. *Op. cit.*, p. 297.

326. L. Le Guillant *et alii*, art. cité, p. 1129.

327. « La psychiatrie de demain [...] ne saurait s'effectuer dans un trou perdu de campagne où seule peut se concevoir l'implantation d'hospice ou de colonies familiales pour sujets déficients », L. Fouks, « Bilan actuel de la thérapeutique chimique en psychiatrie et perspectives d'avenir », *in* H. Baruk et J. Launay (dir.), *Annales de thérapeutique psychiatrique*, tome III, Paris, PUF, 1967, p. 7.

328. Dr C.-H. Nodet lors de la table ronde qui clôture le colloque, p. 194. Le Pr Schneider, qui anime cette table ronde, a un soupçon : « J'ai souvent l'impression que l'on vit un peu

la lune de miel de ce rapprochement ; on se demande combien de temps elle durera », p. 185.

329. Selon l'expression de H.-C. Rümke, « Quelques remarques concernant la pharmacologie et la psychiatrie », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, op. cit.*, p. 341. Ces troubles sont les névroses, qu'il est « de toute urgence » de distinguer des conflits qui sont le lot de la finitude humaine, pense Rümke – qui a, signalons-le, été un élève de Kraepelin. Il y aurait également lieu d'approfondir l'analyse de la biologie des troubles psychogénétiques et de celle des troubles qui ne le sont pas.

330. P. Kielholz, « État actuel du traitement pharmacologique des dépressions », *L'Encéphale*, n° 5, 1962, p. 398-399.

331. C. Brisset, « La psychopharmacologie. Étude de nos moyens de connaissance des médicaments en psychiatrie », art. cité, p. 649.

332. J.O. Cole, « The future of psychopharmacology », *in* R.-R. Fieve (ed.), *op. cit.*, p. 83.

333. P. Kielholz, art. cité, p. 398.

334. M. Magdelaine, C. Magdelaine et J.-L. Portos, « La consommation pharmaceutique des Français », *Annales du CREDOC*, n° 3, juillet-septembre 1966, cité par H. Péquignot et P. Van Aamrongen, « Prescription et utilisation des neuroleptiques », *Confrontations psychiatriques*, 1975, *op. cit.*, p. 206.

335. D. Laplane « Avant-propos » au numéro spécial de *La Revue du praticien* consacré aux « Syndromes dépressifs », 1er octobre 1963.

336. J.-C. Sempé, « Pratiques et institutions privées », *L'Évolution psychiatrique*, novembre 1965, supplément au n° 3, « Livre blanc de la psychiatrie française », p. 141.

337. C. Blanc, art. cité, *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, p. 709.

338. M. Henne, « Besoins nationaux et nombre de médecins psychiatres nécessaires à l'exercice de la psychiatrie en secteur privé et en secteur public », *La Revue du praticien*, 32, n° 4, p. 787.

339. Henri Ey, art. cité, *La Revue du praticien*, tome XV, 7 décembre 1965, p. 73.

340. J. Guyotat, « Perspectives actuelles de la psychiatrie », *La Revue du praticien*, tome XVIII, n° 31 *bis*, 7 décembre 1968, p. 111.

341. J.-C. Sempé, art. cité, p. 142.

342. Y. Bertherat, « Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mai 1965, p. 223.

343. J.-C. Sempé, art. cité, p. 148.

344. G. Daumézon cité par Yves Bertherat, art. cité, p. 234.

345. P. Balvet, art. cité, p. 11 et 13.

346. Selon Élisabeth Roudinesco, « après Bonneval, les internes iront vers des divans lacaniens, tout en lisant *L'Histoire de la folie* », *op. cit.*, vol. II, p. 316.

347. R. Castel, *La Gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981, p. 94.

348. J.-C. Sempé, art. cité, p. 148.

349. H. Ey, art. cité (1965), p. 71.

350. *Ibid.*, p. 72.

351. P. Delmas-Marsalet, *Précis de psychobiologie*, 1961, J. Delay et P. Pichot, *Abrégé de psychologie*, 1962 ; P. Nayrac, *Éléments de psychologie*, 1962 ; C. Koupernik, *Les Médications du psychisme*, 1963.

352. G. Procaci, « Des médecins en quête d'auteur ou les ruses de la médecine du sujet » *in* J. Carpentier, R. Castel, J. Donzelot, J.-M. Lacrosse, A. Lovell, G. Procacci, *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/CORDES, novembre 1980.

353. « Table ronde » *in* P.-A. Lambert (dir.), *op. cit.*, p. 204.

354. M. Perrault, « La thérapeutique en 1958 », *La Revue du praticien*, n° 33, p. 3761. Voir également l'analyse de contenu faite par Claude Legrand, *Médecine et malheur moral – Les modes de prescription de psychotropes dans la presse professionnelle depuis 1950*, MIRE-LERS, novembre 1996.

355. *Ibid.*, p. 3753.

356. *Ibid.*, p. 3754.

357. *Ibid.*, p. 3754. C'est moi qui souligne.

358. R. Coirault, « Introduction au problème des états dépressifs », « Généralités sur la thérapeutique des états dépressifs », Symposiums des 26 mars et 16 décembre 1962, *Annales Moreau de Tours*, tome II, 1965, p. 69.

359. D. Laplane, « Avant-propos », art. cité, p. 2979.

360. L. Bertagna, « La chimiothérapie des états dépressifs », *La Revue du praticien*, tome IX, n° 21, 21 juillet 1959, p. 2313.

361. M. Perrault, art. cité, *La Revue du praticien*, 1964, p. 3758. Les énergisants donnent « au sujet l'équilibre indispensable à l'épanouissement de sa personnalité », écrit le Dr Laplane, art. cité, p. 3761.

362. L. Bertagna, art. cité, p. 2313.

363. *Ibid.*, p. 2313.

364. « L'amélioration par le [nom de marque de l'imipramine] peut être redoutable dans la mesure où la levée des inhibitions ou de l'indécision précède la disparition du pessimisme fondamental », *ibid.*, p. 2314.

365. D. Laplane, « L'utilisation pratique des médicaments antidépressifs », *La Revue du praticien*, 9 décembre 1964, p. 184.

366. D. Laplane, art. cité (1963), p. 2979.

367. S. Follin, « Séméiologie des états dépressifs », *La Revue du praticien*, 1er octobre 1963, p. 2987. Thérèse Lempérière : « Ce qui est pathologique, c'est que la tristesse l'envahisse au point de l'absorber entièrement sans qu'il puisse s'en dégager », *ibid.*, p. 3021.

368. Voir J. Lereboullet, « Nouveaux neuroleptiques et tranquillisants », *La Revue du praticien*, tome XII, numéro spécial, 7 décembre 1962, p. 122.

369. M. Bergouigan, « Les dépressions symptomatiques », *La Revue du praticien*, 1er octobre 1963, p. 3033.

370. A. des Lauriers, « Le risque de suicide chez les déprimés », *La Revue du praticien*, 1er octobre 1963, p. 3055. Pierre Deniker, dans la même livraison, rappelle encore que « le diagnostic de dépression est loin d'être facile [...]. Le terme de dépression comporte d'ailleurs, dans la bouche du médecin comme dans le langage courant, une acception

souvent vague qui couvre des faits cliniques fort différents », « Traitement des états dépressifs », p. 3063.

371. Voir les remarques de J. Guyotat sur l'absence d'effet anxiogène de la clorimipramine, qui est la molécule de référence avant le Prozac, « Perspectives actuelles de la psychiatrie », *La Revue du praticien*, tome XVIII, n° 31 *bis*, 7 décembre 1968, p. 117. J. Lereboullet, C. Derouesné et J.-P. Klein évoquent une nouvelle molécule qui est, à l'inverse, dynamisante, « La neuropsychiatrie en 1967 », *La Revue du praticien*, tome XVIII, n° 18, p. 2707.

372. Ce thème devient un lieu commun. Voir, par exemple, Fouks *et alii* au symposium sur les IMAO de juin 1962, art. cité (« Une nouvelle sémiologie est en train de naître sous l'effet des drogues que les classiques n'ont point connues, et il est à prévoir que les jeunes ne connaîtront plus qu'elle. ») « L'utilisation courante des antidépresseurs [...] amène en consultation des malades dont la symptomatologie, moins typique, requiert plus de raffinement diagnostique », A. Villeneuve, « Aspects modernes des troubles de l'humeur », *L'Encéphale*, V, 1979, p. 431.

373. J. Delay, « Adresse présidentielle » (discours d'ouverture), *in op. cit.*, p. XIX.

374. Voir P.-A. Lambert, « Sur quelques perspectives de la psychopharmacologie », *Confrontations psychiatriques*, n° 9, 1972, p. 238.

375. P. Fougère, *Les Médicaments du bien-être*, Paris, Hachette, coll. « On en parle », 1970, p. 8.

376. *Ibid.*, p. 169-170. Selon le Dr Paul Chauchard, l'industrie recherche « des composés chimiques dénués de toxicité [...], capables d'agir dans tous les cas. [...] Le généraliste aurait ainsi à sa disposition un médicament à la fois maniable et actif, qu'il pourrait prescrire "sans arrière-pensée" aux gens dits nerveux qui présentent tour à tour ces symptômes, et qui ont une propension à développer les maux psychosomatiques. Pourraient bénéficier de traitements de ce genre les malades soumis à des situations conflictuelles, des "difficultés de l'adaptation affective, familiale, professionnelle ou sociale". [...] Les recherches d'avenir s'orienteront sûrement dans cette voie. [...] Ils seront pour demain les vrais médicaments du bien-être », P. Chauchard, *La Fatigue*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1968, 4e édition. Quand le Dr Coirault insiste, en 1962, sur la toxicité des antidépresseurs, cela le conduit à un espoir qui est un leitmotiv de la période : « Nous croyons en tout cas que les recherches actuelles aboutiront à la mise au point de substances nouvelles, parfaitement maniables, sans toxicité [...]. Bientôt nous aurons à notre disposition des produits efficaces... et anodins », R. Coirault, art. cité, p. 70. « Le grand nombre des effets secondaires et l'absence d'une action causale montrent nettement que nous sommes encore très éloignés d'un antidépresseur idéal », P. Kielholz, art. cité (1962), p. 401.

377. J. Delay, « Ouverture », *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 4, 1956, *op. cit.*

378. M. Perrault, art. cité, p. 3753 et 3762. Le pharmacologue Delphaut écrit en 1961 que « l'on a qualifié de "pilule du bonheur" ce médicament [l'iproniazide] qui ramène le sentiment du goût à la vie », *op. cit.*

379. R. Coirault, « Introduction au problème des états dépressifs », « Généralités sur la thérapeutique des états dépressifs », Symposiums de 1962, *Annales Moreau de Tours, op. cit.*, p. 69.

380. P. Deniker, art. cité, p. 3064.

381. L. Bertagna, art. cité, p. 2322.

382. P.-A. Lambert, art. cité, p. 238.

383. M. Porot, « Assises départementales de médecine sur les états dépressifs » (1972), *Les Cahiers de médecine*, n° 7, juin 1973, *op. cit.*, p. 468.

384. « À force d'être utilisé, le terme de dépression ne signifie plus rien. Le délirant chronique dira à son médecin qu'il a été hospitalisé [...] pour "dépression" », M. Laxenaire, *ibid.*, p. 467.

385. Endogène ou exogène selon les approches.

386. P. Pichot, « Conclusions » du colloque « Confrontation multidisciplinaire européenne sur la dépression », Monaco, 5 et 6 décembre 1980, actes publiés dans *L'Encéphale*, vol. VII, n° 4, 1981, p. 567.

387. L. Israël, *L'Hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, 1976, p. 31.

388. « L'action de l'analyse, écrit-il en 1923, n'a pas à rendre les réactions morbides impossibles mais à procurer au Moi du malade la liberté de se décider pour ceci ou pour cela », *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, cité par Peter Gay, *En lisant Freud. Explorations et divertissements*, Paris, PUF, 1995, p. 98.

389. H. Lehmann, « Epidemiology of depressives disorders », *in* R.R. Fieve (ed.), *op. cit.*

390. En 1975, *L'Express* consacre un article à cette pathologie en retenant le même chiffre. Il est inlassablement repris (« Les "trucs" anti-déprime », *Elle*, n° 1931, 1983). Voir également la synthèse de L. Eisenberg, « La dépression nerveuse », *La Recherche*, n° , 119, février 1981.

391. A. Reigner, « La dépression... une mode ? », Éditorial, *La Vie médicale*, hors-série « Les dépressions », septembre 1979, p. 3.

392. M. Ragot, « La dépression, la civilisation moderne et les médicaments thymo-analeptiques », *Annales médicopsychologiques*, 7, 4, 1977, p. 657. Dans le colloque international sur la dépression masquée qui s'est tenu en 1973, le thème de la civilisation déprimante est évoqué par de nombreux intervenants. P. Kielholz (ed.), *Masked Depression*, Vienne-Stuttgart-Berne, Hans Huber, 1973.

393. J. Bergeret, « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », rapport présenté au XXXVI[e] Congrès des psychanalystes de langues romanes, juin 1976, *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6, sept.-déc. 1976, p. 1019.

394. J.-C. Depoutot, « Névrose et dépression », *Annales médicales de Nancy*, n° 12, avril 1973, p. 869.

395. P. Rieff, *The Triumph of Therapeutic. Uses of Faith after Freud*, Chicago-Londres, University of Chicago Press, 1966, rééd. 1987.

396. O. Schwartz, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990, p. 76.

397. Lin Tsung-Yi, « L'étude épidémiologique des troubles mentaux », *Chroniques OMS*, n° 21, 1967, p. 568.

398. N. Sartorius, « Épidémiologie de la dépression », *Chroniques OMS*, n° 29, 1975, p. 465. Sartorius reprend le pourcentage donné par Lehmann. Ce chiffre ne semble pas avoir été vérifié par l'OMS au moyen d'études épidémiologiques. En 1981, Sartorius reprend ces

données et pense que « ce chiffre augmentera » (« La dépression : épidémiologie et priorités pour les recherches futures », *L'Encéphale*, VII, 1981, p. 530).

399. G.L. Klerman et M.M. Weissman, « Increasing rates of depression », *JAMA*, 21 avril 1989. Ces études utilisent les syndromes cliniques définis par la profession. Elles ont été effectuées dans le monde occidental développé (Suède, Nouvelle-Zélande, États-Unis, etc.) à l'exception de la Corée et de Porto-Rico. Klerman est sans doute la plus grande référence américaine en matière d'épidémiologie de la dépression. Sur Klerman, voir l'entretien que Mirna Weissman a accordé à David Healy, *op. cit.*, vol. 2.

400. On verra (chap. VI) que, si l'on tient compte de l'alcoolisme masculin, les pourcentages sont équivalents parmi les hommes et les femmes. L'alcoolisme est, chez les hommes, un mode de défense contre la dépression. Voir R. Führer et A. Lovell, « Troubles de la santé mentale – La plus grande "fragilité" des femmes remise en cause », *in* M.-J. Savrel-Cubizolles et B. Blondel, *La Santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996.

401. « Les déprimés sont de plus en plus nombreux à travers le monde », *JAMA*, vol. 18, n° 260, 15 mars 1993, p. 219, synthèse en français d'un article de 1992 du *JAMA*.

402. Sauf dans le cas des articles ou des dossiers consacrés directement à la fatigue ou de ceux consacrés à la psychosomatique qui s'introduit en France vers la fin des années 1950 : là, l'entremêlement fatigue/dépression apparaît beaucoup plus nettement.

403. M. Auclair, « L'abus de tranquillisants », *Marie-Claire*, février 1963.

404. M. Auclair, « Cette peur qui nous fatigue », *Marie-Claire*, octobre 1963.

405. M. Grégoire, « Être une femme équilibrée », *Marie-Claire*, mars 1970. L'article est accompagné du « témoignage d'une femme qui a fait le voyage aux sources d'elle-même » : « J'ai été psychanalysée ».

406. Le fichier du magazine *Elle* classe les articles sur les névroses et les dépressions dans la rubrique « Nerfs » de 1955 à 1976, puis dans la rubrique « Maladies/Système nerveux » de 1976 à 1983. La rubrique « Fatigue », à partir de 1955, inclut les troubles psychiques ou nerveux apparentés ; en 1977 est ouverte la rubrique « Stress ».

407. *Elle*, n° 508, 1955.

408. *Elle*, n° 614, 1957.

409. « Les malades refusent de se considérer comme tels », *Elle*, n° 671, 1958.

410. N° 740 à 745.

411. Voir : « La maîtrise de soi » (n° 795, 1961), les exercices physiques contre la dépression (« Étirez-vous : toujours, lorsqu'on se sent déprimé ou triste, on a tendance à se replier », n° 903, 1963), les moyens de se récupérer après une émotion violente (« Dépressions nerveuses, crises de tachycardie, ulcères d'estomac et crise de foie, voilà la note que vous paierez tôt ou tard », n° 904, 1963), préparation à un entretien (n° 905, 1963), décontraction pour les « supernerveuses » (n° 906, 1963), les « déprimées » (« Comment apprendre le calme », n° 908, 1963), les insomniaques (« Comment faire si la hantise de ne pas dormir vous ôte le sommeil », n° 911, 1963).

412. N° 1009.

413. « Le psychiatre soigne aussi bien les grandes fatigues que les grands désordres mentaux », n° 1057, 1966. « Comment vivre sans se fatiguer ni tuer ses nerfs » (n° 1050), « Si votre cafard est chronique, et si ces recettes ne peuvent en venir à bout, c'est qu'il

s'agit d'un peu de fatigue, de dépression ou d'asthénie. Consultez un médecin » (n° 1060), « Ayez les moyens de combattre la dépression » (n° 1082).

414. *L'Express*, n° 778, 16-22 mai 1966.

415. Extrait de l'ouvrage, *Marie-Claire*, septembre 1972. *La Déprime*, Stock, 1972. *Marie-Claire* et *Elle* consacrent plusieurs articles à cet ouvrage en 1972 et 1973. Pierre Daninos est lui aussi très prosélyte dans le dernier chapitre de son livre.

416. « C'est le médicament des névroses psychotiques. Ils [les antidépresseurs] agissent sur les centres mêmes du cerveau. [...] Ils transforment l'abattement en euphorie, l'apathie en dynamisme. Mais ils ne peuvent être utilisés sans un sévère contrôle (ce qui oblige souvent à hospitaliser le malade) », *Elle*, n° 1040, 1965.

417. P. Bugard (dir.), *Stress, fatigue et dépression. L'homme et les agressions de la vie quotidienne*, Paris, Doin, 1974, vol. 1 et 2.

418. *Ibid.*, vol. 1, p. 12.

419. « L'excès même de ces choix sera aussi traumatisant que l'absence de choix », écrit Bugard à ce propos, vol. 1, *ibid.*, p. 163.

420. Pour les uns, la croissance des dépressions, essentiellement les psychogénétiques, est due aux pressions de l'industrialisation qui exigent du mérite personnel, pour d'autres, c'est l'instabilité croissante de la vie qui, entre divorces, dissolution de la famille, changements d'emploi, etc., fait entrer les gens dans un monde qui n'a plus de permanence. Pour d'autres encore, nous demandons plus à la vie que nos ancêtres. On invoque également le matérialisme de l'époque. W. Walcher souligne qu'« une mention particulière doit être faite à propos des facteurs permaments de stress en augmentation dans notre vie moderne, facteurs de stress qui sont dus à notre insistance sur la performance considérée comme la mesure même *(be-all and end-all)* de l'existence et affectent nos comportements au travail comme chez soi », W. Walcher, « Psychogenic factors responsible for triggering off masqued endogeneous depression », *in* P. Kielholz (ed.), *op. cit.*, p. 180.

421. *L'Express*, 3-9 janvier 1981.

422. *L'Express,* 2-8 juin 1969. « En vérité, poursuit-il, c'est essentiellement de sa vie que se plaint le fatigué. C'est son angoisse qu'il ressent quand il a mal au dos. » Il dirige deux consultations pour fatigués à Paris (dont une à Sainte-Anne) : la plupart des cas de fatigue pathologique sont des dépressions (septembre 1969). Ce médecin est à l'origine de la constitution du Groupe d'étude de la fatigue (GEF) créé en 1970 : le thème dominant des travaux est l'asthénie réactionnelle produite par un stress. Voir M. Loriol, « Construction de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, 1995.

423. *Marie-Claire*, février 1976.

424. *L'Express, ibid. L'Express* a largement informé son public sur les traitements pour soigner « la fatigue nerveuse et ses complications, les dépressions nerveuses et les névroses », « la relaxation », « le grand air » et les « anti-fatigue », « les drogues psychotoniques » (c'est-à-dire les dopings), les tranquillisants, les neuroleptiques et les sédatifs nerveux, les correcteurs métaboliques », etc. (7-14 mai 1964). Pas un mot sur les antidépresseurs. Le numéro du 11-17 novembre 1968 évoque la table ronde sur l'angoisse aux Entretiens de Bichat, celui du 10-16 mai 1969 la fatigue et la médecine psychosomatique, etc.

425. Voir également « Quand la dépression vous guette », *Marie-Claire*, septembre 1969, et « Tension nerveuse », *Marie-Claire*, novembre 1969.

426. Tous ces points ont été développés dans « La télévision, terminal relationnel », *L'Individu incertain, op. cit.*

427. Jacqueline Michel fait l'analyse de l'énorme courrier reçu depuis la sortie de son livre : « La plupart de mes correspondants s'identifient très exactement à mon cas : "Quand j'ai lu votre histoire, j'ai cru que je lisais la mienne", ou : "Ce n'est pas vous ! C'est moi dont vous parlez". [...] L'essentiel était de *n'être pas seul* atteint d'un mal qu'alors personne ne voulait reconnaître, donc guérir », « Comment, où guérir de la dépression ? La question que l'on m'a posée 2 597 fois », *Marie-Claire*, mars 1973.

428. *Ibid.*

429. A. Ehrenberg, *Le Culte de la performance, op. cit.*, 2e partie, chap. III, et *L'Individu incertain, op. cit.*, chap. 2 et 5.

430. I. Théry, *Le Démariage. Justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1993, rééd. coll. « Opus », 1996, chap. II.

431. A. Haynal, « Le sens du désespoir », rapport au XXXVIe Congrès des psychanalystes de langue romane, juin 1976, *Revue française de psychanalyse*, no 1-2, janvier-avril 1977, p. 96. Souligné par Haynal.

432. P. Rieff, *op. cit.*, p. 247.

433. *Ibid.*, p. 242-243.

434. *Ibid.*, p. 255. C'est ce que Robert Castel a appelé « la nouvelle culture psychologique » dans un ouvrage proposant un bilan des années 1970, *La Gestion des risques, op. cit.* Pour une analyse de la situation américaine à la même époque, voir C. Lasch, *Le Complexe de narcisse – La nouvelle sensibilité américaine*, Paris, Robert Laffont, 1980 (éd. américaine, 1979), et, dans une perspective plus historique, R. Sennett, *Les Tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 (éd. américaine, 1974), part. p. 258 *sq.*, ainsi que R. Castel, F. Castel et A. Lovell, *La Société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset, 1979, IIIe partie.

435. P. Rieff, *op. cit.*, p. 252.

436. Jean-Marie Lacrosse parle de « coalition a-normatives », « Enquête sur le mouvement du potentiel humain », *in* J. Carpentier, R. Castel, J. Donzelot, J.-M. Lacrosse, A. Lovell, G. Procacci, *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/CORDES, novembre 1980, p. 126. Ce souci de repousser les limites est fortement souligné par les auteurs du rapport. Je dois à J.-M. Lacrosse d'avoir pris connaissance du livre de Rieff qui n'a pas été traduit en français.

437. Cf. *infra*, chap. V.

438. A. Janov, *Le Cri primal*, Paris, Flammarion, 1975.

439. « Crier pour guérir », entretien avec M. Kohler, *Elle*, no 1414, 1973. Le magazine a consacré un autre article à cette technique en 1975 (« Criez pour guérir », no 1548, 1975) au moment de la publication du livre de Janov en français.

440. A. Lowen, *La Dépression nerveuse et le corps*, Paris, Tchou, 1975. Les citations de Lowen sont extraites de cet ouvrage.

441. Lowen estime « plus facile et plus efficace d'aborder le travail thérapeutique par les aspects physiques et énergétiques de la personnalité plutôt que par les problèmes

psychiques ».

442. M. Cohen, « Revitalisation, décomposition ou redéfinition du catholicisme. Le Renouveau charismatique français entre salut religieux et psychothérapie », *Recherches sociologiques*, 1997. L'article est consacré à trois cas : la Communauté du Chemin neuf, les Béatitudes et la Fondation du monde nouveau. G. Charuty, « Les charismatiques et la santé. Le souci thérapeutique des chrétiens charismatiques », *Le Débat*, n° 59, mars-mai 1990. Toute la sociologie du religieux montre une même tendance (voir les travaux de D. Hervieu-Léger, F. Champion ou J.-L. Schlegel).

443. « La demande de santé (de guérison), en s'élargissant à des attentes nouvelles d'ordre psychique, a suscité des propositions religieuses nouvelles tenant compte de cette demande et intégrant de diverses manières des connaissances et des pratiques psychothérapeutiques », écrit M. Cohen, art. cité.

444. A. Lovell, « Paroles de cure et énergies en société : les bioénergies en France » *in* J. Carpentier, R. Castel *et alii, op. cit.*, p. 85.

445. *Ibid.*, p. 89.

446. Se proposant d'évaluer cette période clé, Robert Castel montrait qu'un dispositif nouveau de régulation – « les techno-psychologies » – se mettait en place. Son but n'est pas de ramener une personne malade à un état d'équilibre psychologique, mais de favoriser une « croissance psychique » permettant d'être bien avec soi et ouvert envers autrui. Ce dispositif conduit moins, et là j'infléchirai l'hypothèse de Castel, au développement d'une nouvelle culture psychologique se situant « au-delà de la coupure du normal et du pathologique » (R. Castel, *La Gestion des risques, op. cit.*, p. 9) qu'à cette autre normativité dont il est question ici. L'hypothèse de Castel était fructueuse, car elle permettait de montrer comment la médecine mentale sortait d'une problématique de la maladie. Elle est devenue en sociologie un dogme qui substantialise les notions de « normal » et de « pathologique », ce qui conduit à ressasser le double thème de la psychologisation des rapports sociaux et de la médicalisation du mal-être. Conséquence : la pathologie mentale contemporaine reste dans l'impensé.

447. P. Rieff, *op. cit.*, p. 239, cité par J.-M. Lacrosse, *in op. cit.*, p. 165.

448. A. Haynal, Présentation du rapport, *in op. cit.*, p. 10.

449. J. Bergeret, « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », rapport cité, p. 915. Christopher Lasch a construit son idée de culture du narcissisme à partir des travaux de psychanalystes américains qui notaient un accroissement des pathologies narcissiques dans leur clientèle. L'une de ses références principales est O. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975. Les écrits de psychologues et psychanalystes consacrés aux thèmes du narcissisme « constituent de vraies descriptions sociales », écrit Sennett, *op. cit.*, p. 261. L'auteur y voyait un déclin de la culture publique. G. Lipovetsky (*L'Ère du vide*, Paris, Gallimard, 1983) reprend ces thèses, mais en les retournant dans une perspective positive et optimiste.

450. Pour l'histoire de ce concept, voir M. Timsit, « Les états-limites. Évolution des concepts », *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1971.

451. « Nous constaterons que la pratique des cures donne à observer que le patient évolue constamment, en conséquence de ses associations d'idées et des interventions du thérapeute, entre deux états qui, pour discrets qu'ils soient, n'en sont pas moins tout à fait

repérables : l'anxiété et la dépression », P.-A. Lambert, « Sur quelques aspects psychanalytiques des traitements de la psychose maniaco-dépressive », *L'Évolution psychiatrique*, 1976, n° 3, p. 558.

452. G. Fossi, « La psychanalyse de la dépression : nouvelles propositions théoriques », *in* J. Bergeret et W. Reid (dir.), *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986, p. 54. Comparé à l'angoisse, le sentiment dépressif a tenu la place de parent pauvre chez Freud. Certains analystes le lui reprochent : « Tout se passe comme si, paradoxalement, son rôle n'avait pas toujours été reconnu ; comme si l'importance accordée – à juste titre – à l'angoisse lui avait porté ombrage et que, dans le couple angoisse-dépression, l'un eût été valorisé au détriment de l'autre qui se serait ainsi trouvé négligé. Cette place de parent pauvre [...] lui fut assignée dès le début par Freud lui-même », A. Haynal, « Présentation du rapport *Le Sens du désespoir* », p. 5. Il cite Karl Abraham (1912) : « Alors que l'étude des états d'angoisse névrotique figure largement dans la littérature psychanalytique, les états de dépression n'ont pas fait l'objet de la même attention », *ibid.*, p. 23-24.

453. « L'humeur et son changement », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 32, automne 1985, p. 5.

454. Selon M. Timsit, art. cité.

455. J. Bergeret, « La dépression dite "névrotique" et le praticien », *Concours médical*, n° 12, 1972, p. 2218. Souligné par l'auteur qui ne donne pas la référence de ces études.

456. L. Dujarier, « Considérations psychanalytiques sur la dépression », *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 47. « Au cours des dernières dix ou quinze années, une attention marquée a été portée par les milieux psychanalytiques aux troubles affectifs », A. Villeneuve, art. cité (1979), p. 436. Voir également P.-A. Lambert, art. cité, *L'Évolution psychiatrique*, 1976, p. 3. Dans l'article d'ouverture de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consacré à « Figures du vide » en 1975, Guy Rosolato écrit : « Dans la nosologie actuelle, les dépressions semblent devoir être plus fréquentes », « L'axe narcissique des dépressions », p. 5.

457. P. Fédida, « L'agir dépressif. Contribution phénoménologique à une théorie psychanalytique de la dépression », *Psychiatries*, n° 28, 1976, p. 48.

458. R. Kühn, « Dépression endogène et dépression réactionnelle », *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 15.

459. Les travaux auxquels les psychanalystes font traditionnellement référence sont « Deuil et mélancolie » de Freud (art. cité) et les écrits de Karl Abraham, auxquels Freud se réfère souvent pour cette question.

460. S. Freud, « Deuil et mélancolie », *in op. cit.*, p. 152.

461. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse, op. cit.*, p. 81 et 83. La notion d'affect a fait l'objet d'un rapport d'André Green au XXX^{e} congrès des psychanalystes de langue romane, « L'affect », *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6, 1971.

462. Jean Laplanche et Jean-Baptiste Pontalis emploient le mot « désaide ».

463. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, p. 83.

464. A. Haynal, *op. cit*, p. 14.

465. Pour ce paragraphe, voir M. Timsit, art. cité. Timsit attribue au travail de J. Borel, *Le Déséquilibre psychique*, Paris, PUF, 1947, « la description [clinique] la plus achevée », p. 690. Il semble être le premier à insister sur « la subdépression [qui] est toujours plus évidente, même légère, [que] le déséquilibré ressent vivement et supporte mal. [...] Elle

pousse aux excès toxiques auxquels l'individu demande un calmant ou un réconfort immédiat », J. Borel cité par M. Timsit, p. 692.

466. L'article de référence est O. Kernberg, « Borderline personnality organization », *Journal of American Psychoanalysis Association*, n° 15, 1967. Kernberg n'est pas seulement un théoricien. Il est aujourd'hui président de l'International Psychoanalysis Association. E. Kestemberg avait consacré un article aux « Problèmes posés par la fin des traitements psychanalytiques dans les névroses de caractère », *Revue française de psychanalyse*, n° 3, mai-juin 1966.

467. Voir l'article « Idéal du Moi », *in* J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967.

468. Michel de M'uzan écrit en 1973 : « Contrairement au Surmoi qui exige un *ne pas faire*, l'idéal du Moi engagerait, on le sait, un *faire*. D'où l'idée d'espoir et de projet qui lui est attachée », repris dans M. de M'uzan, *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1977, p. 108.

469. A. Haynal, « Une très grande partie des cas dits d'évolution dépressive chronique se situent quelque part dans la frange des états-limites », art. cité, p. 38.

470. L. Dujarier, art. cité, p. 47. C'est moi qui souligne.

471. L. Israël, *op. cit.*, p. 157.

472. A. Haynal, *op. cit.*, p. 37. L. Dujarier : « On parle souvent de dépression névrotique. On ferait mieux de parler de névrose à coloration narcissique. [...] Il s'agit presque toujours de *névroses hystériques* », art. cité, p. 40. « Aujourd'hui, écrit un psychiatre autrichien en 1973, l'hystérie a virtuellement disparu en tant que diagnostic ; les névroses tendent de plus en plus à prendre un caractère dépressif [...]. Parallèlement, les personnes qui jouissent d'une bonne santé exigent une ration toujours croissante de plaisir comme motivation du travail qu'elles accomplissent, tandis que la notion de "devoir" est reléguée dans les limbes des modèles dépassés », H. Demel, « Observations on the clinical picture of masked depression from the standpoint of practical social psychiatry », *in* Kielholz (ed.), *op. cit.*, p. 248.

473. J. MacDougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978, p. 218.

474. D. Widlöcher, « Le psychanalyste devant les problèmes de classification », *Confrontations psychiatriques*, n° 24, 1984, p. 145.

475. Une « souffrance diffuse à tonalité plus ou moins dépressive », écrit Jean-François Narot, « Pour une psychopathologie historique. Enquête sur les patients d'aujourd'hui », *Le Débat*, n° 61, septembre-octobre 1990, p. 169. « Nous nous trouvons sollicités [...] par un nombre sans cesse croissant de sujets dépressifs dont la dépressivité ne peut être considérée comme un simple épisode passager au cours d'une évolution structurelle de type soit névrotique soit psychotique », J. Bergeret, *in* Bergeret et Reid, *op. cit.*, p. 162.

476. J.-F. Narot, art. cité, p. 166.

477. G. Daumézon évoque « la promotion de demandes et spécialement d'aide à vivre », dans une discussion de T. Kammerer, « Les limites de la psychiatrie », *Actualités psychiatriques*, n° 4, 1977, p. 17. Henri Sztulman souligne que « la psychose interroge la liberté et la névrose le bonheur », p. 18.

478. *Manuscrit G*, cité par A. Haynal, « Le sens du désespoir », art. cité, p. 36. S. Freud, *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1986 (6e éd.), p. 92.

479. S. Nacht et P.-C. Racamier avaient décrit en 1959 les dépressifs comme « insatiables et inassouvissables », *Revue française de psychanalyse*, n° 5, 1959.

480. A. Haynal, « Le sens du désespoir », art. cité, p. 102.

481. L. Dujarier, art. cité, p. 36-37. « La culpabilité se retrouve elle aussi souvent dans les tableaux dépressifs, mais elle est beaucoup moins spécifique que la honte », p. 37. Dujarier discute fermement le rapport de Bergeret au XXXVI[e] congrès. Il note, entre autres, que l'on « risque de se laisser tromper par l'absence de culpabilité consciente, que le niveau œdipien n'a pas été atteint, et de parler à tort d'une problématique purement narcissique et pré-œdipienne », « États-limites et dépression », *Revue française de psychanalyse, op. cit.*, p. 1093.

482. C. Barazer, « Honte, vergogne, ironie », *in* « Modernités, résonances psychiques », *Psychanalyse, traversées, anthropologie, histoire*, n° 1-2, 1997. La majorité des travaux psychanalytiques sur la honte, écrit-il, font « la distinction entre des problématiques de la faute, relevant d'une loi intériorisée fondant la culpabilité, et celles relevant davantage d'un manquement aux idéaux narcissiques ».

483. « Se sentir coupable, écrit Louis Dujarier, c'est pour le sujet sortir de sa situation figée et immuable de déprimé », art. cité, p. 37.

484. J. Bergeret, « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », rapport cité, p. 1022. Voir les multiples interventions dans J. Bergeret et W. Reid (dir.), *op. cit.* : « De l'ensemble des travaux présentés dans ce volume, on retire en effet la conviction que l'augmentation sensible des manifestations individuelles ou collectives de statut dépressif à laquelle nous avons assisté au cours de ces dernières décennies ne peut que traduire des difficultés sérieuses, et d'un ordre assez nouveau dans les rapports existant, au niveau narcissique, entre l'inconscient individuel et la socio-culture environnementale », p. 3-4.

485. J. Bergeret, « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », rapport cité, p. 830-31. « Le complexe d'Œdipe est trop souvent compris comme une tare dont il faut se garder », *ibid.*, p. 1020. Voir également A. Jeanneau, « Les risques d'une époque ou le narcissisme du dehors », *in* J. Bergeret et W. Reid, *op. cit.* « Culpabilité sans consigne » est empruntée à Jeanneau.

486. A. Haynal, « Le sens du désespoir », art. cité, p. 113. « J'ai laissé de côté, précise-t-il dans son introduction, les "équivalents" (toxicomanies, anorexie) », p. 21.

487. L. Dujarier : « Car c'est bien du risque dépressif que semblent se défendre ces patients », art. cité, p. 46. « Le recours aux tranquillisants et aux barbituriques réalisant des toxicomanies mineures est ici extrêmement fréquent », p. 41. Pour une synthèse de la littérature psychanalytique sur l'alcoolisme, voir A. de Mijolla et S.-A. Shentoub, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot, 1973. Le Dr Laplane écrivait en 1963 dans *La Revue du praticien* : « Il n'est pas non plus exceptionnel que ces malades recherchent dans des drogues diverses (barbituriques, amphétamines, voire dans les boissons alcoolisées) l'énergie qui leur manque à surmonter la peur », art. cité, p. 2994.

488. R.-L. Akers, « Addiction : the troublesome concept », *The Journal of Drug Issues*, vol. 21, n° 4, 1991, p. 780.

489. Les nouveaux concepts d'addiction « se sont développés essentiellement à cause d'une difficulté à qualifier comme évidemment destructeurs les usages de drogues non addictives

et paraissant plus douces. [...] Personne ne veut avoir l'air de trouver des excuses à l'abus de drogues ou de diminuer la gravité du problème. [...] Ainsi, quand bien même on ne pourrait montrer qu'une drogue est addictive dans le sens traditionnel, on peut encore la condamner en changeant la signification du terme », R.-L. Akers, *ibid.*, p. 782.

490. C'est ce que démontreront dans la première moitié des années 1970 les travaux de Lee Robins sur les GI's de la guerre du Viêt-nam et surtout ceux de Norman Zinberg (*Drug, Set and Setting*, Harvard University Press, 1984). Celui-ci illustre l'extrême diversité des rapports à l'héroïne à partir de ses propres recherches cliniques et des travaux faits par les ethnologues et les sociologues américains sur les consommateurs d'héroïne.

491. B. Alexander et A.-R.-F. Schweighofer, « Defining addiction », *Canadian Psychology*, vol. 29, n° 2, 1988.

492. S. Peele, *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and its Interpretation*, Lexington Mass., Lexington Books, 1985, p. 134. En 1989, Peele publie un pamphlet, *Diseasing of America. Addiction Treatment out of Control*, Lexington Books, 1989. Il n'a pas de mots assez durs contre l'abus de la référence à la maladie et l'escroquerie que représente à ses yeux l'industrie du traitement, particulièrement le *self-help* : qu'il s'agisse d'héroïne, d'obésité et de désordres alimentaires, de tabagisme ou d'alcoolisme, la plupart des gens s'en sortent sans aucune aide – et les thérapies sont, au mieux, un plus. « Le paradoxe de l'industrie américaine du traitement des addictions est l'énorme croissance qu'elle arrive à maintenir sans pouvoir démontrer une quelconque efficacité », p. 232.

493. Celui-ci vient d'être qualifié d'authentique addiction par une étude présentée à l'American Psychological Society en janvier 1996. Ces gros consommateurs correspondent aux critères psychiatriques de la dépendance à l'alcool et aux drogues. Ils ont perdu leur contrôle sur l'usage du Net, ne peuvent s'empêcher d'en user malgré les dommages que cela entraîne dans leurs vies. La plupart d'entre eux sont des adultes d'âge moyen qui « peuvent avoir l'air de bien fonctionner, mais ont de sérieux problèmes sous cette apparence », J. Keen et S. Page, « Net oversuse called "true addiction" », *USA Today*, 7 janvier 1996.

494. M. Timsit, art. cité, p. 703.

495. G. Painchaud et N. Montgrain, « Limites et états-limites », *in* J. Bergeret et W. Reid, *op. cit.*, p. 29.

496. S. Rado, « La psychanalyse des pharmacothymies », réédité dans *Revue française de psychanalyse*, n° 4, 1975, p. 606 et 609. Dépression anxieuse est la traduction de *tense depression*, qui souligne plutôt une tension intérieure se manifestant par de l'irritabilité ou de l'anxiété.

497. *Ibid.*, p. 618.

498. S. Lebovici, art. cité (1955), p. 513. Bergeret : « Le recours aux *drogues*, que celles-ci soient considérées comme "pharmaceutiques" ou comme "stupéfiants", constitue une défense très fréquente à l'heure actuelle et également liée aux activités antidépressives du groupe en tant que tentative de lutte contre l'envahissement individuel par l'affect dépressif », « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », rapport cité, p. 916.

499. J. Bergeret, *ibid.*, p. 907. « Conclusion et prospective », introduction à la discussion de son rapport « Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive », art. cité,

p. 825.

500. P.-R. Robbins, « Depression and drug addiction », *Psychiatric Quarterly*, 48, n° 3, 1974. L'enquête porte sur 114 héroïnomanes dépendants à l'hôpital des Vétérans de Washington. Pour une synthèse récente sur addiction, drogue et alcool, voir le numéro spécial de *European Addiction Research*, 1996, 2, n° 1-2.

501. J.-J. Deglon, « Dépression et héroïnomanie », *Psychologie médicale*, 16, 5, 1984, p. 793. Dix ans plus tard, X. Laqueille et C. Spadone concluent leur article « Les troubles dépressifs dans la prise en charge des toxicomanies » (*L'Encéphale*, sp IV, 1995) en soulignant que « la dépression chez le toxicomane est un problème central », p. 14.

502. J.-J. Deglon, *ibid.*, p. 793. Avec la zimélidine, l'un des premiers antidépresseurs sérotoninergiques, les résultats sur l'humeur sont spectaculaires : « L'action sélective de la zimélidine sur la sérotonine explique vraisemblablement les bons résultats », p. 795. Sur cette molécule, voir *infra*, chap. 7.

503. D. Bailly, « Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance », *L'Encéphale*, XIX, 1993, p. 290.

504. O. Flournoy, « Le Moi-idéal : vecteur de vide », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, « Figures du vide », *op. cit.*, p. 45.

505. Sur la concurrence entre psychanalyse et nouvelles techniques psychologiques, voir R. Castel, *La Gestion des risques, op. cit.*

506. P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression, op. cit.* Son introduction décrit parfaitement les nouvelles catégorisations de la dépression se substituant à la classique tripartition.

507. A. Villeneuve, art. cité, p. 436.

508. L. Israël, *op. cit.*, p. 156.

509. Encore qu'on puisse trouver sur la quatrième de couverture d'un ouvrage grand public sur la dépression publié en 1997 : « La dépression n'est ni folie ni faiblesse de caractère », H. Lôo et T. Gallarda, *La Maladie dépressive*, Paris, Flammarion, 1997.

510. « Le terme de dépression n'est très certainement que le dénominateur commun d'un grand nombre d'entités cliniques. D'ailleurs les limites mêmes de ce qui n'est manifestement qu'un mode de réaction, un syndrome, demandent à être fixées », P. Pichot, « Conclusions », art. cité (1981).

511. J. Kristeva, *Le Soleil noir*, Paris, Gallimard, 1987, p. 31. Il s'agit d'une prise de position, car l'auteur est tout à fait au courant des travaux menés par les psychiatres sur les aspects psychomoteurs de la dépression.

512. A. Colvez, E. Michel et N. Quemada, « Les maladies mentales et psychosociales dans la pratique libérale. Approche épidémiologique », *Psychiatrie française*, 10, 1979. En réalité la toute première enquête est publiée en 1973, mais sur un village du Vaucluse : P.-M. Brunetti, « Prévalence des troubles mentaux dans une population rurale du Vaucluse : données nouvelles et récapitulatives », *L'Encéphale*, n° 61, 1973.

513. *Ibid.*, p. 12. C'est là un thème tout à fait récurrent : « Selon la plupart des auteurs, on peut considérer comme équivalents dépressifs certaines formes d'alcoolisme périodique, très fortement chargées d'une signification auto-agressive, voire suicidaire. Il serait plus juste ici de parler d'alcoolomanie », D. Bendjilali, « Place de la toxicomanie dans la dépression masquée. Valeur dépressive de certaines conduites pathologiques », *Actualités psychiatriques*, n° 1, 1980, p. 90. Voir également, E. Rochette et M. Brassinne, « La toxicomanie : un comportement antidépressif », *Concours médical*, n° 41, 1980. Dans un commentaire de cet article, Koupernik souligne, à propos des amphétamines : « J'ai vu se développer une accoutumance très forte chez beaucoup de malades qui souffraient essentiellement d'asthénie et d'indécision », p. 6267. On trouve de nombreuses remarques sur ce thème dans Kielholz (éd.), 1973, *op. cit., passim*.

514. 87,1 % des généralistes et 52,2 % des psychiatres prescrivent des médicaments. Les premiers sont seulement 14,4 % à proposer un nouveau rendez-vous et les seconds 51,6 %. « Les médicaments sont très largement prescrits par les généralistes, beaucoup plus souvent que pour les autres pathologies », A. Colvez *et alii, ibid.*, p. 22. Selon Arthur Tatossian, les pourcentages des troubles psychiques chez les généralistes varient, selon les enquêtes et les critères retenus, entre 10 et 25 % de la clientèle, A. Tatossian, « Les pratiques de la dépression : étude critique », art. cité, p. 273. J'ai emprunté à Tatossian l'expression triade.

515. P. Aiach, I. Aiach et A. Colvez, « Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique », *Psychologie médicale*, 15, 4, 1983, p. 552.

516. *Ibid.*, p. 554.

517. C. Lasvigne, *La Dépression vue par les médecins généralistes du 11e arrondissement de Paris*, thèse de médecine, Paris-VI, 1978, cité par T. Lempérière et J. Adès, « Problèmes

posés au médecin praticien par la dépression », *L'Encéphale*, n° V, 1979, p. 484-485. P. Mineau et P. Boyer, « La notion de dépression en médecine générale ; à propos d'une enquête statistique réalisée auprès de 59 médecins », *Annales médico-psychologiques*, 137, 1979, p. 632. D. Cremniter, J. Delcros, J.-D. Guelfi, J. Fermanian, « Une enquête sur les états dépressifs en médecine générale », *L'Encéphale*, vol. VII, 1982. « Il apparaît [...] que, dans l'ensemble, les généralistes suivent eux-mêmes les patients déprimés sans intervention du psychiatre », p. 531.

518. P. Mineau et P. Boyer, « La notion de dépression en médecine générale ; à propos d'une enquête statistique réalisée auprès de 59 médecins », art. cité.

519. La fatigue est un thème permanent. *Elle*, par exemple, consacre, à côté d'une multitude d'articles, un important dossier sur ce thème en 1976 (« La fatigue, mal du siècle », n° 1267). « Les stimulants-calmants [sont] de plus en plus employés pour faire face à cette tension-frustration. À la longue, ils accroissent la fatigue », p. 97. Un autre en 1977 (n° 1650), etc. La fatigue, ou le stress font désormais partie des thèmes auxquels on doit au moins consacrer un dossier chaque année.

520. A. Tatossian, art. cité, p. 277.

521. P. Kielholz, « Psychosomatic aspects of depressive illness. Masked depression and somatic equivalents », *in* P. Kielholz (ed.), *op cit.*, p. 12.

522. Il est l'un des principaux promoteurs de l'hypothèse sérotoninergique de la dépression, hypothèse sur laquelle il travaille depuis la fin des années 1960. Voir *infra*, chap. VI.

523. T. Lempérière, « Les algies psychogènes », *Entretiens de Bichat. Psychiatrie*, 1973 (conférence du 3 octobre). À ces mêmes entretiens, G. Hakim, lui aussi de Sainte-Anne, insiste fortement sur la dépression masquée dans un exposé sur les « Aspects modernes de la dépression ». Voir également M. Gourevitch, « Les psychalgies », *Concours médical*, n° 45, 1979. L'auteur insiste sur la nécessité de prescrire quelque chose au patient non pour l'efficacité pharmacologique du médicament, mais pour son efficacité relationnelle. Marcel Burner, directeur de la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne, souligne les rapports entre les changements de métier, la mobilité sociale ascendante et l'asthénie. Il insiste sur les aspects conflictuels masqués par la fatigue. « Thérapeutique des états de fatigue », Symposium « La fatigue : problème ou maladie », Lausanne, 4 mai 1985, *Psychologie médicale*, n° 8, vol. 18, 1986.

524. G. Hole, « La dépression masquée et sa mise en évidence », *Les Cahiers de médecine*, n° 7, juin 1973, *op. cit.*, p. 847.

525. Voir également J.-M. Sutter, « Problèmes posés en médecine générale par les formes atypiques des états dépressifs », *in ibid.* Dans la plupart des articles consacrés à la dépression masquée, l'alcoolisme et les toxicomanies sont cités comme des exemples typiques d'équivalents dépressifs.

526. « Leur nature dépressive est affirmée par une réponse rapide au traitement antidépressif alors que les thérapeutiques symptomatiques [fortifiants et stimulants] et les tranquillisants restent sans effet », G. Hakim, art. cité, p. 251. Voir aussi les interventions sur « Les états dépressifs camouflés » aux Assises départementales *in Les Cahiers de médecine, op. cit.*, p. 486 *sq.*

527. A. Tatossian, art. cité, p. 276. Sur la logique de la médecine générale, j'ai utilisé les pages 272 à 283 de son rapport.

528. T. Lempérière et J. Adès, par exemple, le reconnaissent dans la conclusion de leur travail sur la dépression en médecine générale : « Si les généralistes ont du mal à s'y retrouver dans le maquis des dépressions, cela ne vient-il pas en partie du fait que nous autres psychiatres nous sommes loin d'être au clair sur notre concept de dépression ? », art. cité, p. 489.

529. T. Lempérière et J. Adès, *ibid.* p. 487.

530. « Les doléances des patients concernant les effets secondaires sont inversement proportionnelles à la gravité de leur maladie », écrit M. Hamilton, « Méthodologie d'appréciation de l'efficacité des antidépresseurs », *L'Encéphale*, V, 1979, p. 653.

531. A. Godard et M.-H. Regnauld, « Consommation des psychotropes », *Revue française de santé publique*, n° 33, 1986. Les BZD voient leur consommation augmenter d'environ 60 % entre 1978 et 1984 (de 45 comprimés par adulte et par an à 75).

532. Anxiolytiques : amitriptyline, maprotiline, dosulépine. Stimulants : nomifensine, viloxazine, amineptine.

533. Outre les molécules citées dans la note précédente, les autres nouveaux composés dont les psychiatres débattent sont la trazadone, la fluvoxamine (un ISRS qui sera lancé en 1988), la fluoxétine (c'est-à-dire le Prozac), et la fenfluramine. Ils ne sont pas encore sur le marché. Ronald Fieve estime en 1979 que, par exemple, la viloxazine est « sans danger, même à très forte dose ». Il ajoute que « l'empoisonnement par les antidépresseurs tricycliques est devenu l'une des principales urgences d'autoempoisonnement de la médecine occidentale », « La recherche pour de nouveaux antidépresseurs : orientations actuelles », *L'Encéphale*, vol. V, n° 5, 1979, p. 674. « Les nouveaux antidépresseurs, souvent un peu moins puissants, sont en revanche à peu près dénués d'effets secondaires gênants, d'où la faveur dont ils jouissent de la part de nombreux omnipraticiens », J.-C. Scotto, T. Bougerol, R. Arnaud-Castel-Castiglioni, « Stratégies thérapeutiques devant une dépression », *La Revue du praticien*, « La dépression », n° 35, 1985, p. 1634.

534. Cela « est en train de modifier les pratiques thérapeutiques du généraliste et va probablement réduire la proportion, encore très élevée, de déprimés traités uniquement par des tranquillisants ou des médicaments anti-fatigue ou même des neuroleptiques », T. Lempérière et J. Adès, art. cité, p. 487.

535. A. Tatossian, art. cité, p. 280.

536. A. Godard et M.-H. Regnauld, art. cité.

537. G. Maruani, « Antidépresseurs, doping ou autolytique ? », *Psychologie médicale*, 16, 1984, p. 638 et 639.

538. Distinguer l'anxiété de la dépression « est le problème diagnostique majeur », J.-D. Guelfi et R. Olivier-Martin, « Modalités d'appréciations de l'anxiété. Conséquences thérapeutiques », *La Revue du praticien*, vol. 22, n° 12, 21 avril 1972, p. 1926. C'est un thème récurrent : le numéro spécial de *La Revue du praticien* de 1985, par exemple, y consacre un gros article (P. Hardy et I. Le Goc, « Anxiété et dépression »). Tout colloque sur la dépression l'aborde.

539. A. Tatossian, art. cité, p. 289.

540. Dans au moins trois colloques tenus en 1979 (Monte-Carlo), 1980 (Monte-Carlo) et 1981 (Sousse), le thème est abordé dans de nombreuses communications.

541. J.-P. Boulenger et D. Moussaoui, « Perspectives pharmacologiques en psychiatrie biologique », *Perspectives psychiatriques*, II, 76, 1980, p. 115. Souligné par moi. Ce numéro spécial dresse un bilan de la psychiatrie biologique depuis sa naissance dans les années 1950.

542. H. Lôo et G. Cuche, p. 599. Souligné par moi.

543. G. Maruani, art. cité, p. 639. « Ces huit premiers jours sont cruciaux pour le malade : par le risque de suicide, par l'intensité des malaises, par la tentation d'abandon de la médication, car le déprimé est généralement soumis à une pression de son entourage qui le pousse à abandonner la thérapeutique », L. Bertagna, J.-P. Chartier et C. Brisset, « Commentaires de "Les dépressions" de C. Koupernik », *Concours médical*, n° 15, 1975.

544. La dépression comme pathologie de l'action sera examinée au chap. VI.

545. J.-C. Scotto *et alii*, art. cité (*La Revue du praticien*, 1985), p. 1637.

546. J.-C. Poignant, « Revue pharmacologique sur l'amineptine », *L'Encéphale*, vol. V, 1979, p. 709. Dans un essai clinique sur quarante cas, les auteurs notent qu'elle est efficace dans les dépressions réactionnelles et névrotiques, qu'elle « apparaît comme favorisant la relation et permettant une meilleure relation thérapeutique », et que « sur un plan séméiologique, l'amineptine [...] nous a paru être un bon désinhibiteur à la fois physique et psychique », M. Laxenaire et P. Marchand, « Essais cliniques de l'amineptine (à propos de 40 cas) », *Psychologie médicale*, vol. 11, n° 8, 1979, p. 1731.

547. J.-D. Guelfi, « Implications pratiques des données modernes de la psychopharmacologie », *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, vol. 45, 1980, p. 808. Godard et Regnauld notent que « leur propriété antidépressive est quelquefois moindre et certains d'entre eux se rapprochent des psychostimulants », art. cité, p. 7. Fieve estime qu'un composant comme la nofimensine est apparenté aux amphétamines, art. cité (1979), p. 679. M. Porot insistait en 1973 sur la nécessité de se méfier des fortifiants et des psychostimulants : « La mise au tableau B des amphétamines permet actuellement d'éviter l'erreur trop fréquemment commise il y a encore peu de temps de donner de tels médicaments qui n'avaient aucun effet curatif et trop souvent un effet anxiogène », « Principes généraux de la thérapeutique des états dépressifs », *Les Cahiers de médecine, op. cit.*, p. 575.

548. Le constat est, par exemple, fait au colloque « L'approche moderne des désordres de l'humeur » qui s'est tenu en mai 1979 à Monte-Carlo : « Les progrès enregistrés concernent essentiellement la tolérance et l'existence d'antidépresseurs à effets sédatifs ou stimulants plus marqués, permettant un choix plus judicieux pour des traitements initiaux de dépression anxieuse par exemple, ou à l'inverse pour des traitements ambulatoires sans retentissement fâcheux sur la vigilance », L. Colonna et M. Petit, « Sémiologie dépressive et orientation de la prescription », *L'Encéphale*, vol. V, n° 5 1979, p. 642.

549. R.-R. Fieve, *in* R.-R. Fieve (ed.), *op. cit.*, p. 2.

550. Argument introductif à *La Dépression.* Actes des VII[es] Journées nationales de la psychiatrie privée, *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 7.

551. « La complexité du problème réside dans l'hétérogénéité du groupe des dépressions, autant que dans celui des antidépresseurs », écrit D. Moussaoui, « Place respective des différents antidépresseurs en thérapeutique », *L'Encéphale*, V, 1979, p. 703.

552. « La consommation par cette population de divers médicaments pendant de longues périodes de temps peut finir par obscurcir les manifestations typiques initiales », C. Ballus et C. Gasto, « Le rôle du généraliste dans l'assistance psychiatrique », *in* P. Pichot et W. Rein (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, vol. III, 1991, p. 74.

553. « La plupart des travaux publiés ont confirmé cette affirmation générale bien qu'il y ait eu des exceptions », écrit M. Hamilton, « Le pronostic dans les dépressions », *La Revue de médecine*, 21-28 janvier 1980, p. 142. Au colloque de New York de 1970, un psychopharmacologue présente la synthèse d'une recherche organisée sous la houlette du NIHM et dirigée par Jonathan Cole sur les traitements de la dépression en milieu hospitalier. Cette recherche compare des patients ayant reçu de la chlorpromazine, de l'imipramine, une BZD ou un placebo : « Les dépressions névrotiques obtiennent les mêmes résultats avec placebo qu'avec n'importe quelle substance active. Ces derniers résultats sont cohérents avec les enquêtes montrant que l'imipramine est particulièrement bénéfique dans les dépressions endogènes et de peu de valeur dans les dépressions névrotiques. Pris globalement, j'espère, écrit Allen Raskin, que ces résultats encourageront les chercheurs à continuer leurs recherches sur un médicament antidépresseur à plus large spectre et vraiment efficace », « Drugs and depression subtypes », *in* R.R. Fieve (ed.), *op. cit.*, p. 94-95.

554. R. Kühn, « Dépression endogène et dépression réactionnelle », art. cité, p. 16.

555. R. Kühn, « The treatment of masked depression », *in* Kielholz (ed.), p. 190.

556. « Les critères d'efficacité actuellement étudiés ne permettent pas de "personnaliser" chaque composé, les seuls symptômes cibles retenus étant l'effet anxiolytique, sédatif ou stimulant », L. Colonna et M. Petit, art. cité, p. 642.

557. R.-R. Fieve, art. cité (1979), p. 674.

558. Je reviens plus en détail sur la sérotonine dans le chapitre suivant.

559. En particulier de H.-M. van Praag (ed.), *Neurotransmission and Disturbed Behavior*, Amsterdam, Bohn BV, 1977. W.-B. Essman (ed.), *Serotonin in Health and Disease*, New York, Spectrum, 1997, fait le point vingt ans plus tard.

560. O. Lingjaerde, « Le rôle de la sérotonine dans les troubles de l'humeur », *L'Encéphale*, V, n° 4, 1979, p. 500.

561. Amineptine, nomifensine, miansérine, piribédil, bromocriptine.

562. J.-P. Boulenger et D. Moussaoui, art. cité, p. 117.

563. O. Lingjaerde : « La réduction d'un symptôme psychopathologique au dysfonctionnement d'un système monoaminergique paraît cependant hasardeuse », art. cité, p. 116. H. Lôo et H. Cuche : « La théorie monoaminergique dans la genèse de la dépression apparaît abusivement simplificatrice », « Classification des antidépresseurs », *in* « L'approche moderne des troubles de l'humeur », *op. cit.*, p. 596. Ils s'appuient sur É. Zarifian, « Dépressions : hypothèses monoaminergiques », *Annales de biologie clinique*, 37, 1979. D. Moussaoui : « L'extraordinaire efflorescence de travaux et de publications sur les perturbations biologiques dans les dépressions et sur les mécanismes d'action des antidépresseurs contraste avec le peu de répercussion clinique sur leur score moyen de guérison », art. cité, p. 702.

564. É. Zarifian et H. Lôo, *Les Antidépresseurs*, Paris, Laboratoires Roche, 1982. En 1983, Pierre Deniker et Édouard Zarifian estiment que la dépression est « une entité hétérogène

au plan biochimique en dépit d'un aspect clinique univoque », « Perspectives d'utilisation de la L. Dopa en psychiatrie », *Entretiens de Bichat*, 1983, p. 339. La L Dopa est un précurseur de la dopamine. Zarifian a soutenu sa thèse de médecine sur la L Dopa en 1973.

565. Tissot, art. cité (1984), p. 621.

566. D. Widlöcher et J. Delcros, « De la psychologie du deuil à la biochimie de la dépression », *La Revue du praticien*, numéro spécial consacré aux « Dépressions », 11 septembre 1978, p. 2963. « À l'heure actuelle, dans le langage des malades et parfois aussi celui des médecins, tout est dépression. Le terme est appliqué non seulement à tout état de tristesse ou de tension qui reflète une difficulté à vivre, mais aux formes les plus diverses d'affection mentale », D. Widlöcher et F. Binoux, « La clinique de la dépression », article introductif, p. 2953. Le dossier est conçu dans une perspective psychopathologique.

567. J.-C. Scotto, art. cité (1985), p. 1633. C'est moi qui souligne.

568. Le DSM-I date de 1952. Il avait été conçu pour diagnostiquer des formes de pathologie mentale moins sévères que les psychoses. Durant la Seconde Guerre mondiale, la nomenclature en vigueur était de peu d'utilité pour les psychiatres militaires : elle ne pouvait servir à diagnostiquer les psychopathologies résultant des combats. Le DSM-I s'était appuyé sur la nomenclature de l'administration des vétérans. Il servit d'outil pour une psychiatrie qui commençait à travailler avec des populations non hospitalisées et souffrant de formes peu sévères de pathologies mentales. Le DSM-II devait se fonder sur la partie Troubles mentaux de la huitième révision de la Classification des maladies mentales (OMS). Ils sont tous deux publiés en 1968. Le terme « troubles thymiques » *(affective disorders)* est employé pour la première fois par la nomenclature de l'administration militaire. Il est repris dans le DSM-I. Voir S.-A. Kirk et H. Kutchkins, *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992, S. Jackson, *op. cit.*, et A. Young, *The Harmony of Illusion. Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995, p. 94-107.

569. Voir G.N. Grob, *Mental Ilness and American Society – 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983, et R. Castel, F. Castel, A. Lovell, *op. cit.*

570. Sur Adolf Meyer, voir G.-N. Grob, *op. cit.*, p. 112 *sq.*

571. Sur la spécificité du « sujet » français à travers la psychanalyse hexagonale, cf. *infra*, chap. VII.

572. Voir S.-A. Kirk et H. Kutchkins, *op. cit.*, ainsi que M. Wilson, « DSM-III and the transformations of american psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, mars 1993, et A.-M. Freedman, « American viewpoints on classification », *Integrative Psychiatry*, 7, 1991.

573. Pour le cas de la dépression, voir N. Sartorius, « Description and classification of depressive disorders – Contribution for the definition of the therapy-resistance and of therapy resistant depression », *Pharmakopsychiat.*, 7, 1974, p. 76.

574. Voir D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, chap. 3.

575. Plus généralement, on trouve en France des polémiques un peu générales plutôt que des débats précisément argumentés. Le DSM-III a fait l'objet de discussions lors d'un atelier au congrès de Lille de la psychiatrie publique en 1984. Voir J.-P. Descombey, « Subjectivité, scientificité, objectivité, objectivation : le DSM-III et ses retombées sur la pratique et la recherche », *L'Information psychiatrique*, vol. 61, n° 5, juin 1985. L'auteur y

voit la mort de la psychiatrie. *Confrontations psychiatriques* a publié un numéro de réflexion et de description des classificationss en 1984. L'éditorial de P. Bailly-Salin exprime à la fois la crainte que « l'essence du fait psychiatrique ne soit [...] évacuée » (p. 7), et souligne l'utilité « de repenser les perspectives actuelles de la ou plutôt des classifications » (p. 8). L'article de Pierre Legendre, professeur de droit et psychanalyste, voit dans le DSM une entreprise de désubjectivation au nom d'un management typiquement américain.

576. De telles méthodes étaient réclamées depuis les années 1960. Deux exemples. Pour mettre un peu d'ordre dans le chaos diagnostique, Paul Kielholz estime en 1962 qu'« il serait nécessaire de créer une nomenclature et des définitions diagnostiques internationales pour les différentes manifestations dépressives », art. cité, p. 403. Jean Delay déclare au congrès du CINP à Washington en 1966 : « À mesure que se multiplièrent et se diversifièrent les drogues psychotropes et à mesure que le champ de leur application s'étendait à presque toutes les formes de pathologie mentale, il est devenu indispensable de disposer de moyens plus rigoureux. Ceux-ci sont indispensables à l'établissement de statistiques valables, je veux dire de statistiques homogènes quant au diagnostic et quant à l'évaluation des traitements », « Adresse présidentielle », art. cité, p. XIX. Il ajoute : « L'expérience a montré que le plan sur lequel l'accord des cliniciens est le plus facile à réaliser est celui des symptômes élémentaires, de la simple constatation de leur présence ou de leur absence sans interprétation pathogénique », p. XX.

577. Nous manquons de travaux sur la profession psychiatrique en France. Robert Castel y a consacré un chapitre de *La Gestion des risques*, *op. cit.* A. Ogien et M. Tolédo ont étudié les psychiatres du cadre dans « Le métier de psychiatre », *in* P. Aïach et D. Fassin (dir.), *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Éditions de l'Espace européen, 1992.

578. On trouvera quelques éléments d'histoire des rapports entre psychologie et psychanalyse en France dans D. Anzieu, « La psychanalyse au service de la psychologie », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, « Regards sur la psychanalyse en France », n° 20, 1979.

579. É. Zarifian souligne que la psychopathologie n'est plus enseignée qu'en psychologie (*op. cit.*, p. 119). Il note que la psychiatrie française est composée en 1996 d'une centaine d'hospitalo-universitaires, de quatre mille psychiatres de service public et de six mille libéraux. Les premiers dominent, essentiellement avec l'école de Sainte-Anne, qui est plutôt « biologisante » (*ibid.*, p. 113). C'est essentiellement chez les psychiatres de service public non universitaires qu'un pluralisme des approches reste la règle.

580. C. Barazer et C. Ehrenberg, art. cité. A. Rigaud et M.-M. Maquet développent le même genre de critiques dans « Propos critiques sur les notions d'addiction et de conduites de dépendance. Entre lieux communs et chimères », *in* D. Bailly et J.-L. Venisse (dir.), *Dépendances et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 1994.

581. Cité par Kirk et Kutchkins, *op. cit.*, p. 6. Donald W. Goodwin raconte qu'il commence sa carrière à la fin des années 1950 en « ardent freudien ». Puis il travaille à l'université Washington de Saint-Louis avec une partie des futurs promoteurs du DSM-III : « J'aimais la manière dont ces médecins agissaient comme des médecins non comme comme des swami, et ils avaient une approche pratique de la psychiatrie dont j'avais le sentiment qu'elle était scientifique », *in* G. Edwards (ed.), *Addictions. Personnal Influences and Scientific Movements*, New Brunswick et Londres, Transaction Publishers, 1991, p. 145.

582. R. Castel, F. Castel, A. Lovell, *op. cit.*, p. 187 *sq.*

583. L.-N. Robins et D.-A. Regier (ed.), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area*, New Yok, Free Press, 1991. L'introduction met particulièrement l'accent sur ces trois thèmes.

584. Les introductions des deux versions suivantes n'apportent que des nuances du point de vue du raisonnement psychiatrique.

585. R.-L. Spitzer, « Introduction », *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, troisième version, trad. fr., Paris, Masson, 1983, p. 9.

586. Pierre Pichot, qui a coordonné la traduction française du DSM III-R, écrit : « Il est probablement une des œuvres psychiatriques qui a eu la plus grande diffusion mondiale. [...] Il est rapidement devenu, comme l'avait été le *Traité* de Kraepelin à la fin du XIX^e^ siècle, une référence qu'aucun psychiatre ne peut ignorer », *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, troisième version révisée, trad. fr., Paris, Masson, 1989, p. V.

587. « En raison de la position a-théorique du DSM-III quant à l'étiologie, écrit Spitzer, on a tenté de décrire de manière exhaustive ce que sont les manifestations des troubles mentaux, et seulement dans de rares cas *comment* sont apparues ces perturbations [...]. Cette approche peut être qualifiée de "descriptive" dans la mesure où les définitions des troubles mentaux consistent généralement à décrire les caractéristiques de ceux-ci », *ibid.*, p. 10.

588. Les articles originaux de Feighner *et alii* (1972) et de Spitzer *et alii* (1978) sont considérés comme les articles les plus cités dans la littérature psychiatrique internationale. Le travail de l'équipe de Saint-Louis a été traduit en français et présenté par F. Plantey et D. Pringuey sous le titre « Les critères diagnostiques de l'École de Saint-Louis », *L'Encéphale*, IV, 1978.

589. « Le DSM-III et le DSM-III-R reflètent l'importance croissante qui est attribuée dans notre domaine à la fiabilité des données prises comme base pour comprendre les troubles mentaux », « Introduction », *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, troisième version révisée, p. XXX.

590. *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, troisième version, *op. cit.*, p. 329.

591. *Ibid.*, Annexe C, p. 410.

592. R. Spitzer, *Manuel statistique et diganostique des troubles mentaux*, troisième version révisée, *op. cit.*, « Introduction », p. XXVIII.

593. .37 pour la dépression, .50 pour la schizophrénie, *in* G.L. Klerman *et alii*, « Neurotic depressions : a systemic analysis of multiple criteria and meanings », *American Journal of Psychiatry*, n° 136, 1979, cité par A. Haynal, « Problèmes cliniques de la dépression », *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984, p. 610, et par P. Pichot, « Actualisation du concept de dépression », *L'Encéphale*, VII, 1981, p. 310. L'étude de Klerman est très connue en psychiatrie car elle a été à la base de la suppression de la dépression névrotique dans le DSM-III. Pichot a entrepris une étude semblable sur le cas français : « Le concept de dépression névrotique n'a aucune homogénéité », *ibid.*, p. 314.

594. Je reprends ici l'exemple donné par Kirk et Kutchkins, *op. cit.*, p. 52. Voir également F. Plantey et D. Pringuey, art. cité, p. 326. Dans le DSM-III ainsi que dans les deux versions

suivantes, il suffit que ces symptômes durent deux semaines.

595. Je ne rentre pas dans les détails de la casuistique psychiatrique. Les interprètes signalent que, dans le DSM-III-R, affectif est remplacé par humeur, et que dans le DSM-IV de nouvelles subdivisions apparaissent. Pour une synthèse, voir C.B. Pull, « Critères diagnostiques » *in* J.-P. Olié, M.F. Poirier et H. Lôo, *Traité des maladies dépressives*, Paris, Flammarion, 1995, p. 247 *sq.*

596. R. Spitzer, p. 12. Souligné par Spitzer.

597. Entretien avec M. Wilson, art. cité, p. 407.

598. R. Spitzer, p. 13. À la fin du paragraphe sur les troubles névrotiques, Spitzer précise : « De même, il a semblé déraisonnable de regrouper l'ensemble des troubles psychotiques, comme cela est fait dans la CIM-9 », p. 14.

599. *Ibid.*, Annexe C, p. 410.

600. Ainsi, F. Amiel-Lebigre écrit-elle en 1978 à propos de la classification de l'OMS : « L'importance accordée actuellement à la multiplicité des troubles thymiques apparaît dans l'évolution de la *Classification internationale des maladies mentales*. Alors que dans la huitième révision (1964) de cette classification cinq rubriques sont consacrées à la dépression, dans la proposition pour la neuvième révision à laquelle les experts de trente-cinq pays ont travaillé, dix rubriques sont maintenant affectées aux états dépressifs », « Épidémiologie des dépressions », *in* P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression, op. cit.*, p. 21. La neuvième révision est entreprise parallèlement à l'élaboration du DSM-III.

601. Pichot : « La dépression névrotique [...] est le diagnostic le plus souvent porté en psychiatrie », « Actualisation du concept de dépression », art. cité, p. 310.

602. F. Amiel-Lebigre : « Le problème posé par l'évaluation des dépressions est principalement celui de la dépression névrotique », art. cité, p. 21. A. Haynal fait les mêmes remarques, « Problèmes... », art. cité, p. 610. « L'élimination de la dépression névrotique a soulevé des incertitudes et des contradictions, et fait naître [...] nombre de problèmes », écrivent sir M. Roth et T.-A. Kerr, « Le concept de dépression névrotique : plaidoyer pour une réintégration », *in* P. Pichot et W. Rein (dir.), *op. cit.*, p. 207.

603. G. Glas, « A conceptual history of anxiety and depression », *in* J.-A. den Boer et J.-M. Ad. Sitson (ed.), *Handbook of Depression and Anxiety. A Biological Approach*, New-York-Bâle-Hong-Kong, Marcel Dekker Inc., 1994, p. 36. Arthur Tatossian le souligne de son côté : « Cette prédominance des troubles dépressifs sur les troubles anxieux est manifeste dans le DSM-III », rapport cité, p. 289.

604. Dans l'introduction de la CIM-10 de l'OMS, les auteurs écrivent : « Bien qu'il pose problème, le terme "trouble" est utilisé systématiquement dans la classification. Le recours à d'autres termes, tels que celui d'"affection" ou de "maladie", aurait en effet soulevé des problèmes encore plus importants. Le terme "trouble" n'est pas un terme précis : dans la CIM-10, il indique simplement la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel », *Classification internationale des troubles mentaux et des désordres du comportement*, trad. coordonnée par C.-B. Pull, OMS, Paris, Masson, 1993, p. 4.

605. M. Wilson, art. cité, p. 408. Kirk et Kutchkins écrivent : « Le diagnostic est la première étape d'un processus technologique de transformation d'une personne avec une plainte

ambiguë en un client avec un trouble mental défini », *op. cit.*, p. 222.

606. F. Amiel-Lebigre, art. cité, *in* P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression*, *op. cit.* p. 21.

607. C'est une des critiques majeures que Kirk et Kutchkins adressent au DSM-III. Éric Fombonne et Rebecca Führer écrivent : « L'absence actuelle de critère de validité des phénomènes psychopathologiques, de preuve formelle des maladies psychiatriques, n'empêche nullement de mesurer d'une manière fiable des phénomènes cliniques bien définis. [...] Finalement, une confusion est souvent faite entre la validité, d'une part, et la définition des entités, d'autre part. Les méthodes développées récemment pour la recherche épidémiologique ont consisté à proposer de nouvelles définitions des phénomènes cliniques dans le but d'améliorer la fiabilité de leur mesure. Ces méthodes sont critiquées au nom de la validité, ce qui est tout autre chose », « Épidémiologie et psychiatrie : questions de méthodes », *Sciences sociales et santé*, IV, n° 1, février 1986, p. 111. Voir également É. Fombonne, « La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs de risque aux mécanismes de risque », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 41, n° 4, 1993.

608. A. Haynal, art. cité (1984), p. 612. Souligné par l'auteur.

609. A. Tatossian, art. cité, p. 296. Souligné par l'auteur.

610. L. Israël, « Fin des hystéries, fin d'une psychiatrie ? », 1986, repris dans *Boiter n'est pas pécher*, Paris, Denoël, 1989, p. 208.

611. J. Bergeret, rapport cité, p. 919. « Voyez, par exemple, le succès actuel des psychotropes auxquels nous nous en remettons pour prendre soin de nos humeurs déréglées et qui produisent en nous de nouvelles humeurs. Et – d'une drogue l'autre – la toxicomanie ? Destructrice, à terme, à coup sûr, mais si elle était d'abord, au départ, désir fou d'un changement d'état, d'une transformation immédiate du "milieu intérieur" ? », « Présentation », *Nouvelle Revue de psychanalyse, op. cit.*, p. 7.

612. H. Demel, art. cité, *in* Kielholz (ed.), p. 248-249.

613. P. Legendre, *L'Inestimable objet de la transmission*, Paris, Fayard, 1985, p. 362.

614. L'affirmation de soi est de toute façon un travail, elle a ses exigences, requiert des compétences particulières, quand bien même elles seraient autres que celles des corps rendus dociles par les disciplines.

615. R. Jouvent et J. Pellet, « Les dépressions résistantes et leurs traitements », *La Revue du praticien*, tome XXXV, n° 27, 11 mai 1985, p. 1647.

616. D. Widlöcher, « L'évaluation quantitative du ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs », *Psychologie médicale*, n° 13, 1980, et « L'échelle de ralentissement dépressif : fondements théoriques et premiers résultats », *Psychologie médicale*, *ibid.*. « Il était certes classique, écrit le Pr Darcourt, de considérer le ralentissement psychomoteur comme un des symptômes de la dépression, mais avant ces recherches, on ne lui attribuait pas une place majeure », « Place du ralentissement parmi les autres symptômes dépressifs », *Psychologie médicale*, *ibid.*, p. 61.

617. D. Widlöcher, « Fatigue et dépression », *L'Encéphale*, vol. VII, n° 4, 1981, p. 349. Ce volume publie les actes du colloque « Confrontation multidisciplinaire européenne sur la dépression » qui s'est tenu à Monte-Carlo en décembre 1980.

618. *Ibid.*, p. 349 et 350. Widlöcher y voit « un syndrome commun à toutes les formes cliniques de dépression », ce syndrome est « une réponse dans la mesure où elle est cliniquement le plus souvent déclenchée par des événements psychologiques et où elle est à la base d'une émotion normale fondamentale de l'être humain ». « Cette théorie, ajoute-t-il, s'oppose à la pluralité des maladies dépressives, à la théorie du trouble de l'humeur [qui est celle de Sainte-Anne] », « L'échelle de ralentissement dépressif : fondements théoriques et premiers résultats », art. cité, p. 53.

619. D. Widlöcher, *Les Logiques de la dépression, op. cit.*, p. 235.

620. D. Widlöcher, *ibid.*, p. 255.

621. Voir L. Colonna, H. Lôo, É. Zarifian, « Chimiothérapie des dépressions », *La Revue du praticien*, vol. XXII, n° 32, 11 décembre 1972, dossier « Médications psychotropes », p. 4437.

622. Voir, par exemple, « Les nouveaux antidépresseurs », *La Revue du praticien*, n° 268, tome 8, 26 sept. 1994, ou M. Bourin, « Quel avenir pour les antidépresseurs ? », *La Lettre du pharmacologue*, vol. 8, n° 4, avril 1994.

623. Voir G.-R. Cloninger, « Indoleamines. The role of serotonin in clinical disorders », *in* Bloom et Kupfer (ed.), « FDA panel backs SB's anti-dépressant paxil », *Financial Times, Pharmaceutical Business News*, 9 octobre 1992, tableau, p. 479.

624. P. Lemoine, « Bien prescrire les psychotropes, les antidépresseurs », *Le Concours médical*, 18 mai 1991, p. 1413.

625. D. Ginestet, F. Chauchot, D. Olive, « Existe-t-il des classifications pratiques des psychotropes ? », *La Gazette médicale*, 99, n° 21, 1992, p. 38.

626. H. Lôo, « Préface » à « La dépression : de la biologie à la pathologie », *L'Encéphale*, XX, décembre 1994, p. 619.

627. Voir J. Rapoport, l'une des références mondiales de cette pathologie, *Le Garçon qui n'arrêtait pas de se laver*, Paris, Odile Jacob, 1991, rééd. coll. « Opus », 1998 (éd. américaine, 1989). La littérature psychiatrique sur les TOC est énorme. Pour ne citer qu'un exemple français, voir le numéro spécial de *L'Encéphale*, consacré à ce thème : « Les troubles obsessionnels-compulsifs et leurs traitements », XVI, sp. I, juillet-août 1990. Cette catégorie a été promue à partir du lancement de la clomipramine par Geigy en 1964. Voir Georges Beaumont, *in* Healy, *op. cit.*, p. 311 et D. Healy, « The history of British psychopharmacology », *in* H. Freeman et G.E. Berrios (ed.), *150 Years of British Psychiatry*, vol. II, *The Aftermath*, p. 74. Les TOC sont inclus dans le DSM-III.

628. M. Bourin, « Quel avenir pour les antidépresseurs ? », art. cité, p. 102. Voir également S. Champoux, « Antidépresseur : un terme trompeur », *Quotidien du médecin*, 12 juin, 1989, p. 28 ; C. Spadone, « Le big bang de la chimiothérapie psychotrope », *Abstract neuro & psy*, n° 100, 15-31 mai 1993 ; ou F. Peyré, « Les antidépresseurs en dehors de la dépression », *La Revue du praticien*, vol. 44, n° 17, 1994, p. 2300.

629. R. Decombe, D. Bentué-Ferrer, H. Allain, « Le point sur la neurotransmission dans les dépressions », *Neuro-psy*, vol. 6, n° 11, décembre 1991, p. 574.

630. À S. Stora et S. Perretti, « À déprimés divers, antidépresseurs différents », *Actualité, Innovations-Médecine*, supplément au n° 35, 1996, p. 18.

631. S.-L. Brown et H.-M. van Praag (ed.), *The Role of Serotonin in Psychiatric Disorders*, Clinical and Experimental Psychiatry Monograph n° 4, New York, Brunner/Mazel, 1991.

Voir surtout l'introduction, ainsi que l'article de Brown, Bleich et van Praag, « The monoamine hypothesis of depression : the case of serotonin », dans le même volume.

632. Elle est « le neuromédiateur de l'équilibre », M. Briley, « Les récepteurs 5-HT, une famille nombreuse », *Le Journal international de médecine, op. cit.*, p. 6.

633. Voir Herman van Praag, *in* D. Healy, *op. cit.*, p. 370-372.

634. Cf. chap. V. Comme le souligne Arthur Tatossian : « La structure même de la pratique généraliste et le caractère souvent mineur de la pathologie psychique de sa clientèle semblent devoir mieux correspondre à un modèle dimensionnel », art. cité, ainsi que D. Cremniter, « Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine. Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions », *La Revue du praticien*, n° 325, 22 janvier 1996, dossier « Les dépressions vues par les médecins généralistes ».

635. « Malgré la diversité de leur expression, ces pathologies présentent un symptôme commun : tous les patients ont des difficultés à maîtriser leur impulsivité », M.-H. Thiébot et M. Hamon, art. cité, p. 83. Voir également, P. Benkimoun, « Sérotonine et agressivité », *Impact médecin hebdo*, n° 301, 24 nov. 1995, p. 34.

636. H. Dufour, « Les inhibitions dépressives », *in* « Le concept d'inhibition en psychiatrie », *L'Encéphale*, n° 5, supplément, 1978, p. 435.

637. Y. Pélicier, « Introduction » à la partie séméiologie du colloque, *ibid.*, p. 403. Pour une même approche quinze ans plus tard, voir, par exemple, « L'inhibition, un concept fondamental », entretien avec Daniel Sechter, *in Le Journal international de médecine, op. cit.*, p. 12.

638. « L'agitation n'est pas l'opposé du ralentissement mais un trait qui le masque », D. Widlöcher, « L'échelle de ralentissement dépressif : fondements théoriques et premiers résultats », art. cité, p. 55.

639. « On ne peut guère évoquer l'un des deux termes, angoisse et inhibition, sans faire référence à l'autre », écrit L. Colonna, « Les inhibitions anxieuses », *L'Encéphale*, n° 5, supplément, 1978, *op. cit.*, p. 439. « Si l'inhibition psychomotrice est levée, l'anxiété augmente, l'inhibition est donc décrite comme une défense contre l'anxiété », écrit J. Guyotat, « Inhibitions et antidépresseurs », *in ibid.*, p. 533.

640. A. Braconnier et F. Morel, « Psychopathologie de l'impulsivité », *Psynergie*, 4e trim. 1995, p. 2.

641. *Ibid.*, p. 14.

642. D. Ginestet, F. Chachot et D. Olive, art. cité, p. 40. Un chercheur de l'INSERM, Michel Hamon, déclare à *Science et Avenir* : « Chez l'homme, les taux anormalement bas de sérotonine sont généralement associés à des comportements impulsifs, agressifs, voire violents », « Sérotonine, l'inhibition », septembre 1995, p. 31.

643. A. Braconnier et F. Morel, art. cité, p. 5.

644. A. Martin parle « d'une forte tendance inflationniste qui s'est développée dans le champ de la description psychopathologique », « L'inhibition en psychopathologie. Historique de l'approche clinique », *Nervure*, hors-série « Psychasthénie et inhibition », janvier 1996, p. 25.

645. Enquête multicentrique sur 813 généralistes ayant évalué 15 076 patients. Voir *Le Quotidien du médecin*, 13 octobre 1997, et *L'Information psychiatrique*, novembre 1998,

p. 972-973 (dans la partie « Informations des laboratoires », l'enquête ayant été financée par une entreprise fabriquant des antidépresseurs).

646. M. Bourin et C. Cerlebaud, « La dépression et les antidépresseurs en médecine générale », *Le Concours médical*, 8 juillet 1989, p. 2301. Les auteurs analysent les résultats d'une enquête par questionnaire envoyé à tous les généralistes de Loire-Atlantique (690 médecins).

647. « Dans les travaux récents s'est développée une tendance au recentrage du concept d'inhibition sur la notion d'inhibition névrotique ou plus exactement anxieuse », écrit A. Martin, art. cité (1996).

648. J. Tignol et M. Bourgeois, « La désinhibition et ses risques », Colloque sur l'inhibition, *L'Encéphale, op. cit.*, p. 460.

649. J. Guyotat, « Inhibitions et antidépresseurs », p. 537.

650. La substitution de l'asthénie à la culpabilité, surtout en médecine générale, est soulignée en permanence. Chez les déprimés consultant en médecine générale, « les signes de douleur morale et de culpabilité étaient peu fréquents », D. Cremniter, « Aspects épidémiologiques de la dépression… », art. cité, p. 27. Les « sentiments de culpabilité sont rarement exprimés […]. L'asthénie peut être extrême », Christian Mockers, « Anxiété et dépression souvent associées », *Panorama*, n° 3426, 18 juillet 1991. Voir également « Les états anxiodépressifs : deux personnes sur dix sont concernées », *Gazette médicale*, n° 24, 1991.

651. Il est désigné par le terme dysthymie – je reviens sur cette notion dans le chapitre VII. Pichot poursuit en précisant : « Les index du DSM-III et du DSM-III-R mentionnent au mot Neurasthénie : "Voir Dysthymie" », « La neurasthénie, hier et aujourd'hui », *L'Encéphale*, sp. « Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie, dysthymies », XX, 1994, p. 545.

652. Une enquête de 1990 note que ce syndrome « est proche de ce que l'on a longtemps appelé "neurasthénie" », Y. Lecrubier et G. Jourdain, art. cité, p. 656. « La notion de dépression chronique […] correspond à ce que jadis on appelait la neurasthénie ou dépression névrotique », D. Widlöcher, art. cité (*La Revue du praticien*, 1985), p. 1614.

653. P. Pichot, « La neurasthénie… », art. cité, p. 548. Voir également, dans la même livraison, Y. Lecrubier et E. Weiller, « La neurasthénie et la thymasthénie », la thymie remplaçant les nerfs.

654. S. Wessely, « Le syndrome de fatigue chronique », *L'Encéphale*, XX, 1994, *op. cit.*, p. 581. Voir également, dans la même livraison, L. Crocq, « Les recherches sur la fatigue en France dans les vingt dernières années ».

655. Sur ce thème voir S. Mulhern, « À la recherche du trauma perdu », *Chimères*, n° 18, 1992-1993, et « L'inceste, au carrefour des fantasmes et des fantômes », *in* D. Castro (dir.), *L'Inceste*, Paris, L'Esprit du Temps, 1995, ainsi que I. Hacking, *op. cit.*

656. T. Lempérière, *Entretiens de Bichat*, 1973, art. cité, p. 285.

657. « L'hystérie de conversion, écrivait en 1978 Daniel Widlöcher, se détourne des regards du psychanalyste, et plus généralement du psychiatre, pour maintenir sa demande, sous une forme généralement médicale, au généraliste et au neurologue », « L'hystérie dépossédée », art. cité, p. 75.

658. C'est pourquoi « les formes hystériques [de la dépression] sont les plus nombreuses », selon L. Israël, *op. cit.*, p. 161. Pour Michel Patris, qui dirige un service au CHU de Strasbourg, « il n'en reste pas moins que des sujets hystériques de plus en plus nombreux ajoutent à la panoplie classique de leurs plaintes somatiques la plainte dépressive et créent ainsi l'illusion d'un traitement possible de leurs troubles névrotiques par les antidépresseurs », « Dépression et suggestion hypnotique », « Autour de la dépression », *Confrontations psychiatriques, op. cit.*, p. 271.

659. Drs Garoux et Ranty, « L'asthénie en psychiatrie et en pathologie psychosomatique », *Psychologie médicale*, n° 10, 1978, p. 2539. Cette livraison est entièrement consacrée à la fatigue. Les deux auteurs estiment que l'asthénie est un symptôme clé dans les structures hystériques et dépressives. Selon eux, l'asthénie apparaît « de plus en plus fréquemment comme symptôme isolé », p. 2534.

660. M.-S. Gold, *The Good News about Depression*, New York, Bantam Books, 1995 (1re éd. 1986), p. VII.

661. *Ibid.*, p. X et XI.

662. R. Spitzer, *in op. cit.*, p. 9.

663. A. Frances, « Introduction », *in op. cit.*, p. XXI.

664. « Jamais, écrivait René Tissot, dont les compétences psychopharmacologiques ne sont contestées par personne, un déséquilibre monoaminergique ne rendra compte, à lui seul, des remords du mélancolique », « Quelques aspects biochimiques du concept d'inhibition en psychiatrie », *L'Encéphale*, 5, 1979, p. 516.

665. C. Dowling, *Rien ne sert de souffrir*, Paris, Grasset, 1991 (éd. américaine 1991), p. 47-48. Elle met en exergue de son ouvrage cette phrase de Nathan Kline : « Pendant trop longtemps, la psychiatrie a été dominée par l'idée délirante [*sic* !] que chaque trouble émotionnel nécessite un interminable approfondissement verbal de tout le vécu du patient. »

666. Le lancement d'un *Traité des maladies dépressives* (sous la direction de J.-P. Olié, M.-F. Poirier et H. Lôo, Paris, Flammarion, 1995) est exemplaire de cette fragmentation. Voir aussi H. Lôo et T. Gallarda, *La Maladie dépressive*, Flammarion, coll. « Dominos », 1997. Une exception néanmoins, le *Traité de psychopathologie*, publié sous la direction de D. Widlöcher, Paris, PUF, 1994.

667. D. Widlöcher, « Introduction » au numéro spécial « La dépression » de *La Revue du praticien*, tome 35, n° 27, 11 mai 1985, p. 1613. Ce dernier point était la thèse couramment admise en psychiatrie. Des études expérimentales (en particulier celle de Goodman et Gilman en 1970, souvent citée) sur des volontaires sains avec de l'imipramine l'ont montré : l'imipramine « ne produit pas d'euphorie lorsqu'il s'agit de sujets normaux. Ce produit engendre plutôt de la fatigue », P.-A. Lambert, « Les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques », *Thérapie*, 1973, n° 28.

668. Sur ce point, voir, par exemple, « Troubles anxieux et systèmes sérotoninergiques », deux numéros spéciaux de *Canal Psy*, août 1994 et janvier 1995.

669. « FDA panel backs SB's anti-depressant Paxil », *Financial Times, Pharmaceutical Business News*, 9 octobre 1992.

670. B.-L. Jacobs et C.-A. Fornal, « Serotonin and behavior : a general hypothesis », *in* F.-E. Bloom et D.-J. Kupfer, *op. cit.*, p. 461. Voir également G.R. Heninger, « Indoleamines. The

role of serotonin in clinical disorders », p. 471. Pour une synthèse française accessible aux non-scientifiques, voir par exemple M.-H. Thiébot et M. Hamon, « Un agent multiple : la sérotonine », *Pour la science*, n° 221, mars 1996.

671. Citons dans cette littérature, M.-J. Norden, *Beyond Prozac*, Harper Collins, 1995, et E. Wurtzel, *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York, Houghton Mifflin, 1994. Ces deux ouvrages ont été récemment traduits en français. Pour une réflexion philosophico-psychiatrique du même genre que celle de Peter Kramer, voir P.-C Whybrow, *A Mood Apart. Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self*, New York, Basic Books, 1997.

672. L. Colonna et M. Petit, art. cité, *L'Encéphale*, vol. V, n° 5, 1979, p. 648. Voir également L. Colonna *et alii*, « États dépressifs : symptômes cliniques et hypothèses monoaminergiques », *L'Encéphale*, vol. IV, n° 1, 1978.

673. J. Glowinski, L. Julou, B. Scatton, « Effets des neuroleptiques sur les systèmes aminergiques centraux », *Confrontations psychiatriques*, 1975, *op. cit.* Jacques Glowinski a collaboré avec Julius Axelrod à la découverte des récepteurs de la noradrénaline et à leur mécanisme de recapture. Axelrod reçoit le prix Nobel de médecine pour cette découverte en 1970.

674. S. Snyder, « Molecular strategies in neuropharmacology : old and new », *in* H.-Y. Meltzer (ed.), *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*, New York, Raven Press, 1987, p. 17.

675. Sur ces questions, le lecteur pourra se reporter aux deux livres d'entretiens que David Healy a réalisés avec les chercheurs qui ont fait la psychopharmacologie depuis les années 1950, *op. cit.* Sur l'hypothèse monoaminergique, voir également D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, p. 155-179.

676. Pour tous ces points, voir S. Snyder, *op. cit.*, particulièrement les chapitres 3 et 4. Snyder a préparé son doctorat dans les années 1960 au sein du laboratoire d'Axelrod à la faculté de médecine de Bethesda, Maryland. Voir également Arvid Carlsson, « Monoamines of the central nervous system : a historical perspective », *in* Meltzer (ed.), *op. cit.*

677. R. Tissot, « Monoamines et régulations thymiques », *Confrontations psychiatriques*, n° 6, 1970, p. 122. Une des premières études publiées en 1959 sur la sérotonine reste dubitative (J.M. Fragos Mendes et J.A. Lopes do Rosario, « Signification et importance de la sérotonine en psychiatrie », *L'Encéphale*, n° 6, 1959, p. 503).

678. H. Lôo et L. Colonna : « Les théories monoaminergiques de la dépression sont totalement réductionnistes », « Abord critique des recherches de perturbations monoaminergiques dans les dépressions », « Autour de la dépression », Congrès de New York, 16-19 septembre 1988, *Confrontations psychiatriques*, *op. cit.*, p. 364.

679. Voir, parmi des dizaines d'articles, P. Boyer, « États dépressifs et marqueurs biologiques », *La Revue du praticien*, tome XXXV, 11 mai 1985, et P. Deniker, « Dépressions résistantes », *L'Encéphale*, XII, sp. octobre 1986.

680. J. Dalery et H. Lôo, *L'Encéphale*, XX, avril 1994, p. 179.

681. « Malgré 35 à 40 années de recherches biologiques intensives, déclare van Praag en 1996, il n'y a aucune variable biologique qui ait une quelconque signification diagnostique », H. van Praag, *in* D. Healy, *op. cit.*, p. 367. Voir également Alan Broadhurst, *in ibid.*, p. 129 ou L.-F. Gram, « Concepts d'antidépresseurs de seconde génération », *L'Encéphale*, sp. I, mai-juin 1991, p. 115. Francis Allen écrit dans l'introduction du DSM-IV :

« Les indices biologiques [...] n'ont pas la sensibilité suffisante pour servir au diagnostic d'un patient donné », *op. cit.*, p. 10. Voir encore J. Cussey *et alii*, « Sérotonine et dépression : aspects méthodologiques », *Psychologie médicale*, 25, 1, 1993, p. 76.

682. S.-L. Brown et H.-M. van Praag, « Why study serotonin in clinical psychiatric ? » *in* S.L. Brown et H.M. van Praag (ed.), *op. cit.*, p. 4. Voir également Hollister, art. cité, p. 35. S. Snyder : « La recherche sur les récepteurs a rendu possible la compréhension des effets secondaires des médicaments », « Molecular strategie in neuropsychopharmacology : old and new », art. cité, p. 18.

683. « Fait rare dans les annales de la médecine et de la pharmacie, on est parti d'une hypothèse biochimique pour fabriquer le médicament susceptible *a priori* de corriger le déficit spécifique mis en lumière par les chercheurs », G. Robert, « Études cliniques d'un sérotoninergique. Examen de ses caractères spécifiques », *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 5, 1984, p. 881. Le thème est des plus récurrents.

684. A. Uzan, « Agents prosérotoninergiques et dépressions », *L'Encéphale*, VIII, 1982, p. 274. Le premier travail décisif fut celui de Mary Asberg, publié en 1976 : elle réussit à montrer que 70 % des déprimés sont carencés en sérotonine.

685. C'est « ce qui a le plus frappé les observateurs [...]. On était habitué à voir l'inhibition psychomotrice décrocher avant la dépression de l'humeur », G. Robert, art. cité, p. 883.

686. *Ibid.*, p. 884.

687. *Ibid.*, p. 883-884.

688. A. Wauters, « Les troubles de l'humeur : implications de la sérotonine, applications thérapeutiques », *Entretiens de Bichat*, 1983, p. 83.

689. Y. Prigent, « Psychodynamique des chimiothérapies antidépressives », *L'Information psychiatrique*, vol. 67, n° 9, novembre 1991, p. 841.

690. *Elle*, n° 1974, 1983.

691. Notons que D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, ne signale pas l'existence de l'indalpine. Dans le monde anglo-saxon, il semble que seule la zimelidine ait eu quelques échos.

692. Les essais de phase II comparèrent la molécule avec l'amitriptyline : les effets secondaires étaient bien moins importants. De plus, alors que les patients sous amitriptyline prirent du poids, ceux sous zimelidine ne montrèrent aucun changement. A. Coppen et coll., « Zimelidine : a therapeutic and pharmacokinetic study in depression », *Psychopharmacology*, n° 63, 1979, p. 201. Remarquons que l'amitriptyline est considérée par Lôo et Zarifian en 1977 comme un des rares produits ayant apporté des améliorations depuis 1957. H. Lôo et É. Zarifian, *Limites d'efficacité des chimiothérapies psychotropes*, Paris, Masson, 1977, p. 68.

693. *The Story of Prozac*, The Discovered Awards, Pharmaceutical American Association, Washington D.C., 1993, p. 15. Bryan B. Molloy, Ray W. Fuller et David T. Wong sont les trois inventeurs de cet antidépresseur.

694. *Op. cit.*, p. 16.

695. Sur tous ces points, voir le recueil d'entretiens avec D. Healy ainsi que *The Antidepressant Era, op. cit.*, *The Story of Prozac, ibid.* Voir aussi, C. Medawar, « The antidepessant web. Marketing depression and making medecines work », *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 10, 1997, p. 86-87.

696. M.-S. Gold, *op. cit.*, p. X.

697. S. Snyder, « Molecular strategies in neuropharmacology : old and new », art. cité, p. 21.

698. Et pour chaque type de récepteur dopaminergique pour la schizophrénie, D. Coleman, « Move over, Prozac : new drugs », *International Herald Tribune*, 21 novembre 1996.

699. F. Stora et S. Peretti, « À déprimés divers, antidépresseurs différents », Supplément Neurologie-Psychiatrie à *Actualités-Innovations-Médecine*, n° 35, 1996, p. 20.

700. « Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine », *The Lancet*, éd. fr., art. cité, p. 27.

701. É. Zarifian, *Le Prix du bien-être, op. cit.*, p. 200.

702. S. Coignard, « Les prodiges de l'effet placebo », *Le Point*, 29 juin 1996. Le Prozac est le seul médicament psychotrope qui fasse partie de cette liste de vingt médicaments.

703. Voir les articles de B. Jönsson et P. Bebbington, J.-S. MacComb et M.-B. Nichol, ainsi que de W.-F. Boyer et J.-P. Feighner, *in* B. Jönsson et J. Rosenbaum (ed.), *Health Economics of Depression*, John Wiley and Sons Ltd, 1993. Voir également, entre autres, A. Stewart, « Revisiting the relative cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : what price inflation and subtherapeutic dosages ? », *British Journal of Psychiatry*, 10, 1996, M.-I. Wilde et R. Whittington, « Paroxetine. A pharmacoeconomic evaluation of use in depression », *Pharmacoeconomics*, 8, 1995, B.H. Guze, « Selective serotonin reuptake inhibitors. Assessment for formulary inclusion », *Pharmacoeconomics*, 9 mai 1996, et R. Davis et M.-I. Wilde, « Sertraline. A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression », *Pharmacoeconomics*, 10, 1996. Un rapport de la National Mental Health Association, association sponsorisée par l'industrie pharmaceutique, estime que le coût annuel de la dépression pour les employeurs est de 23,8 milliards de dollars (réduction de productivité et journées de travail perdues). Pour l'économie apportée aux assureurs par les nouveaux antidépresseurs, voir aussi « New approvals change depression market », *Marketletter*, 17 janvier 1994.

704. Il devrait posséder une efficience optimale sur le plan clinique à condition de posséder une efficacité thérapeutique totale (guérir la dépression), une mise en route rapide des effets antidépressifs, ainsi qu'une efficacité chez les patients résistants et récidivants. Voir P.-E. Gérard, V. Dagens, A. Deslandes, « 1960-2000 : 40 ans d'utilisation des antidépresseurs », *Semaine des hôpitaux de Paris*, vol. 71, n° 23-24.

705. « Mise au point de molécules de plus en plus sélectives », *Impact médecin hebdo*, n° 370, 13 juin 1997. Voir également *Impact quotidien*, n° 941, 26 septembre 1996, *Le Quotidien du médecin*, 8 octobre 1996, la synthèse présentée par le responsable médical Système nerveux central de Pierre Fabre, *L'Information psychiatrique*, supplément au n° 6, juin 1997 et A. Fraser et coll., « Interactions de la sérotonine et de la noradrénaline dans la dépression », CINP, XX^{e} colloque, Melbourne, juin 1996. L'*International Clinical Psychopharmacology*, vol. 11, supplément 4, septembre 1996, a consacré un numéro entier au minalcipran.

706. F. Dagognet, *La Raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964, p. 330.

707. A. Le Pape et T. Lecomte, *Aspects socioécomiques de la dépression. Évolution 1980-1981/1991-1992*, CREDES, 1996, p. 49. Le taux a doublé chez les 60 ans et plus, mais est resté stable chez les 20-29 ans. La région parisienne a 5,4 % de déprimés pour une moyenne nationale de 4,7 %. Plusieurs sondages effectués en population générale semblent

indiquer que le sentiment d'être dépressif est beaucoup plus important. Ainsi, une enquête de la SOFRES en 1991 indique que « près de la moitié (48 %) des personnes interrogées [...] affirment avoir été, à un moment de leur vie, prises dans un piège asthénie et anxiété qui était, en fait, le signe d'une maladie dépressive et dont ils se sont plus ou moins bien sortis. 58 % ont observé ce phénomène dans leur entourage familial », *Impact-Médecin Quotidien*, 21 mars 1991.

708. Une enquête de l'INSERM estime que la probabilité pour une personne de connaître un épisode dépressif dans sa vie est de 10,7 % pour les hommes et de 22,4 % pour les femmes. Voir J.-P. Lépine et coll., « L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française », *Confrontations psychiatriques*, n° 35, 1993.

709. DEPRES I, *Premiers Résultats*, Smithkline-Beecham, octobre 1995. Voir également le compte rendu du *Quotidien du médecin*, 8 novembre 1995.

710. La dépense double en dix ans pour les premiers et n'a augmenté que de 58 % pour celle-là. Voir A. Le Pape et T. Lecomte, *op. cit.*

711. « Avec 1 000 suicides par an, et environ 60 000 tentatives, 7 % de dépressions et l'augmentation de la consommation de drogues et des comportements violents, voici longtemps déjà que les indicateurs de santé mentale des adolescents sont au rouge », *Libération*, 2 février 1996.

712. *Le Monde*, 18 juillet 1997.

713. *Le Quotidien du médecin*, 23 juillet 1997. Le Conseil économique et social estime que « près de 20 % des Français souffriraient de troubles psychiques et du comportement », Pierre Joly (rapporteur), *Prévention et soins des maladies mentales – Bilan et perspectives, Journal officiel*, 24 juillet 1997, p. 35.

714. A. Lazarus (prés.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995, p. 15.

715. Commissariat général au Plan, *Chômage : le cas français*, cité par P. Krémer, « Les sociologues redécouvrent les liens entre suicide et crise économique », *Le Monde*, 4 février 1998.

716. Voir S. Paugam, J.-P. Zoyem et J.-M. Charbonnel, *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation française, 1994.

717. M. Aulagnon, « Les consultations et le soutien psychologique de L'Élan retrouvé », *Le Monde*, 4 juin 1997.

718. Cité par L. Folléa, « Des experts s'alarment des dégâts de l'exclusion sur la santé », *Le Monde*, 22-23 février 1998.

719. Sur toutes ces questions, voir A. Lazarus, *op. cit.*, V. Kovess et coll. « La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMistes à Paris », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mars 1995, J.-L. Roelandt, « Exclusion, insertion : les frontières de l'étrange », *Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie*, n° 1, janvier 1996, A. Mercueil et B. Letout, « Précarité et troubles psychiques », *Nervure*, supplément FMC, tome X, n° 7, octobre 1997 (une excellente synthèse avec la bibliographie de base indispensable). Voir également L. Folléa, « Des chercheurs cernent l'impact du chômage sur la santé publique », *Le Monde*, 4 juin 1997.

720. A. Mercueil et B. Letout, *ibid.*, p. III.

721. Ainsi est-il significatif qu'un psychiatre-psychanalyste comme Christophe Desjours, qui est l'un des rares chercheurs travaillant depuis une vingtaine d'années sur la psychopathologie du travail, connaisse soudainement un écho médiatique important avec son dernier livre, *Souffrance en France – La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.

722. *Le Culte de la performance, op. cit.*, p. 270-273.

723. « Le destin individuel des carrières devient beaucoup plus volatil », écrit Daniel Cohen, *Richesse du monde, pauvreté des nations*, Paris, Flammarion, 1997, p. 78.

724. « La nouvelle misère du capitalisme contemporain est donc de créer au sein de chaque groupe social, au sein de chaque vie, des tensions qui étaient jusqu'alors l'apanage des rivalités intergroupes », D. Cohen, *ibid.*, p. 79.

725. P. Bourdieu et J.-C. Passeron, *La Reproduction*, Paris, Minuit, 1970.

726. J. Fatela, « Crise de l'école et fragilités adolescentes », *in* A. Ehrenberg et P. Mignon, *Drogues, Politique et Société*, Paris, Le Monde Éd. et Éd. Descartes, 1992, p. 96.

727. Voir F. Dubet, *Les Lycéens*, Paris, Seuil, 1991. « Naguère, écrivent D. Goux et E. Maurin, les enfant d'origine modeste n'étaient pas stigmatisés par leur faible réussite scolaire puisque celle-ci était dans la nature même de l'institution. Aujourd'hui, leur médiocre classement se présente comme le résultat d'une compétition à laquelle ils ont le droit de participer, mais où ils ont échoué », « L'égalité des chances », *in* Fondation Saint-Simon, *Pour une nouvelle république sociale,* Paris, Calmann-Lévy, 1997, p. 18-19.

728. J.-L. Donnet, « Une évolution de la demande au Centre Jean Favreau », *Revue française de psychanalyse*, coll. « Débats de psychanalyse », novembre 1997, p. 23. Il note qu'un nombre non négligeable de patients nés au cours de cette période ont eu des relations incestueuses, parfois pendant plusieurs années, dans des « familles apparemment bien structurées », p. 23.

729. Voir A. Ehrenberg, « Le harcèlement sexuel – Naissance d'un délit », *Esprit*, novembre 1993, et I. Théry, « Vie privée et monde commun – Réflexions sur l'enlisement gestionnaire du droit », *Le Débat*, mai-août 1995, art. cité.

730. Selon l'expression de J. Donzelot. Sur le déplacement du progrès au changement et ses implications pour la notion de responsabilité, voir J. Donzelot, *op. cit.*

731. É. Zarifian, « Médicaments anxiolytiques et inhibition », *L'Encéphale*, IV, 1978. S. Amar et C. Barazer, « Tranquillité sur ordonnance », *Esprit*, octobre 1991.

732. H. Cuche, A. Gérard, « Antidépresseurs : bénéfices/risques », *L'Encéphale*, XX, avril 1994, p. 206.

733. C. Barazer, « Avant-propos » à « Médicaments, psychanalyse », *Psychanalystes*, n° 39, juillet 1991, p. 11.

734. P. Kramer, *Prozac : le bonheur sur ordonnance ?*, Paris, First, 1994, p. 406.

735. H. Cuche, A. Gérard, art. cité, p. 206. Voir également les nombreuses remarques sur ce thème dans Peter Kramer, *op. cit.*, et dans les ouvrages d'Édouard Zarifian.

736. H. Dufour, art. cité, p. 433. « Les médicaments sérotoninergiques agiraient sur le temps de présentation de l'idée obsédante ou de survenue du rituel », estime Patrice Boyer, tandis que « l'effet antiobsessionnel [...] est plus spécifique, puisque ce sont les seuls produits efficaces », pense Martine Flament, *Académie de la sérotonine, Bulletin*, n° 2,

septembre 1995, p. 28 et 37. L. Israël insiste sur « la relation particulière au temps qu'on rencontre chez la plupart des déprimés [...]. Le temps ne passe plus, il devient long », *op. cit.*, p. 161. On retrouve les vieux rapports entre ennui et mélancolie. Voir J. Starobinski, *La Mélancolie au miroir – Trois lectures de Baudelaire, op. cit.*, et M. Huguet, *op. cit.*

737. Sur la nécessité de mieux contrôler la publicité, voir É. Zarifian, *op. cit.*

738. A. Carlsson, « Monoamines of the central nervous system : a historical perspective », art. cité.

739. J. Cole et D.-F. Klein, *in* D. Healy, vol. 1, *op. cit.*, p. 258 et 351-352. Des chercheurs estiment que la recherche d'antidépresseurs plus efficaces est limitée par l'hypothèse monoaminergique qui stérilise l'inventivité sur des voies trop balisées. Voir en particulier Leo E. Hollister, « Strategies for research in clinical psychopharmacology », *in* Meltzer, *op. cit.*, p. 34-35.

740. D. Karp, « Taking anti-depressant medications : resistance, trial commitment, conversion, disenchantment », *Qualitative Sociology*, vol. 16, n° 4, 1993. C'est, à ma connaissance, le seul travail sur les usages des antidépresseurs. Sur les rapports ambivalents que les patients entretiennent avec leurs psychotropes, voir l'enquête ethnologique de C. Haxaire et coll., « "C'était pas comme une drogue, si vous voulez, mais enfin" – Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie », *in* A. Ehrenberg (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes – Le trouble des frontières*, Paris, Éd. Esprit, 1998. Claudie Haxaire est également pharmacologue.

741. F. Dagognet, *La Raison et les remèdes, op. cit.*, p. 328.

742. « Éditorial », *Revue internationale de psychopathologie*, n° 21, 1996, « Les médicaments de l'esprit », colloque de Lyon, octobre 1994, p. 3. Souligné par la rédaction. En 1994, un article consacré aux ISRS dans *La Revue du praticien* estime que les psychothérapies doivent être pratiquées dans les « dépressions compliquées, apparues sur un fond de personnalité pathologique, ou aux dépressions chroniques. En revanche, la dépression du "tout venant" [...] doit être traitée en première intention par antidépresseurs », T. Bougerol, « Antidépresseurs de génération récente », *La Revue du praticien*, « Actualité des médicaments psychotropes », 1er novembre 1994, vol. 44, n° 17, p. 2293.

743. H.-J. Möller et H.-P. Volz, « Drug treatment of depression in the 1990s – An overview of achievements and future possibilities », *Drugs*, 52 (5), novembre 1996, p. 625. Le thème est récurrent.

744. Parmi les revues psychiatriques, j'utilise ici essentiellement *L'Encéphale*, parce qu'elle est *la* revue de la psychiatrie universitaire française et que de nombreux numéros spéciaux sont subventionnés par les laboratoires pharmaceutiques. Une expertise psychiatrique américaine indépendante a repris l'ensemble des études faites sur les essais en double aveugle comparant une molécule avec un placebo. Elle montre « qu'il y a de bonnes raisons de croire que la plupart des études sur les antidépresseurs ne sont pas menées dans de véritables conditions de double aveugle » (S. Fisher et R.-P. Greenberg, « Examining antidepressant and effectiveness : findings, ambiguities, and some vexing puzzles », *in* S. Fisher et R.-P. Greenberg (dir.), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress. Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Hilsdale, Hove et Londres, LEA, p. 10). L'utilisation de placebos inactifs, ne donnant aucune sensation désagréable au patient, est

un biais majeur. Les auteurs estiment qu'il manque « une évaluation scientifique adéquate pour ces molécules », p. 29. La conclusion des neuf études réunies dans ce volume (sur l'anxiété, l'électrochoc, la ritaline, la schizophrénie, etc.) est qu'il n'y a pas d'évaluation « équitable et rationnelle » en psychiatrie biologique. Les obstacles les plus importants sont « l'échec de l'emploi de placebos inactifs, l'extrême sélectivité des échantillons et le vague miasmique des définitions de ce que signifie un niveau d'effet "thérapeutique" », « A second opinion : rethinking the claims of biological psychiatry », p. 322, On aimerait voir, parfois, dans la recherche psychiatrique universitaire française une telle précision dans l'analyse des données.

745. Actes du colloque international « Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs », Paris, 17 janvier 1986, *L'Encéphale*, XII, sp., octobre 1986.

746. J.-M. Chignon, M. Abbar, « Traitement du déprimé… », art. cité, p. 195. Voir également T. Bougerol et J.-C. Scotto, « Le déprimé : rémission ou guérison ? », *L'Encéphale*, XX, avril 1994.

747. « Practice guideline for major depressive disorder in adults », *American Journal of Psychiatry*, 150, n° 4, 1993 : elle « ne recense que des arguments en faveur de la poursuite de l'antidépresseur à visée prophylactique », J.-M. Vanelle et A. Féline, « Arrêt du traitement médicamenteux dans la dépression », *L'Encéphale*, XX, avril 1994, p. 225.

748. H. Cuche, A. Gérard, « Antidépresseurs : bénéfices/risques », art. cité, p. 210.

749. T. Bougerol et J.-C. Scotto, art. cité, p. 233. « La dépression est un trouble récidivant, sinon à vie, pour la plupart des patients », P.-E. Stokes, « La fluoxétine : revue de cinq années d'utilisation », *Nervure*, VI, n° 10, décembre 1993-janvier 1994.

750. H. Cardot, F. Rouillon, « Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique) », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995.

751. T. Bougerol et J.-C. Scotto, art. cité, p. 232.

752. *Ibid.*, p. 232. « L'évolution des états dépressifs non psychotiques se [fait] en règle générale vers la survenue de récidives dans l'immense majorité des cas ou vers la chronicité », p. 231.

753. H. Cuche, A. Gérard, « Antidépresseurs : bénéfices/risques », art. cité, p. 205.

754. « Déclarer un patient guéri d'une dépression signifie le déclarer guéri de son épisode et non de la maladie elle-même », M.-F. Poirier, « Critères psychobiologiques de guérison », *L'Encéphale*, XIX, 1993, p. 451.

755. R. Olivier-Martin, « Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs », *L'Encéphale, ibid.*, p. 198.

756. P. Hardy, « Notion de dépression résistante », *L'Encéphale*, XII, sp. octobre 1986, Actes du colloque international « Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs » (Paris, 17 janvier 1986), p. 192.

757. Voir S. Montgomery, F. Rouillon (ed.), *Long-Term Treatments of Depression*, Londres, John Wiley and Sons, 1992. J.-P. Lépine pense que « dans le domaine des états dépressifs les termes de rechute et de récidive ont été, lors de ces dernières années, définis de manière beaucoup plus précise, ce qui, indéniablement, a autorisé la conduite d'essais à moyen et à long terme visant à en prévenir la survenue », « Les apports de l'épidémiologie à la clinique », *in* P. Pichot et W. Rein (dir.), *op. cit.*, p. 151.

758. « La question de la durée du traitement ne paraît pas encore clairement élucidée », J. Dalery et D. Sechter, « Traitement prolongé d'antidépresseurs », *L'Encéphale*, XX, avril 1994, p. 209. Voir également D. Sechter, « Les effets cliniques à long terme des antidépresseurs », *L'Encéphale*, XXI, sp. II, mars 1995.

759. Cité par A. Féline et J.-M. Vanelle, art. cité. « Les études en population générale ont montré qu'un tiers des dépressions sont chroniques et que la plupart des autres sont récurrentes », écrit H.-S. Akiskal, « Personnalité pathologique, tempérament et dépression », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 47. L'étude référence sur les traitements de longue durée est : D.-J. Kupfer, E. Frank *et alii*, « Five years outcome for maintenance therapy in recurrent depressions », *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, p. 769-773. Voir également G.-B. Cassano, C. Maggini et E. Longo, « Les dépressions chroniques », *L'Encéphale*, n° 5, 1979.

760. D. Pringey *et alii*, « L'efficacité des antidépresseurs et des thymorégulateurs dans l'évolution à long terme des dépressions », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 61.

761. *Ibid.*, p. 69. Ce que confirme l'immense travail effectué sous la direction de Fischer et Greenberg, *op. cit.*

762. H. Cuche et A. Gérard, art. cité, p. 206. Le travail de référence pour l'approfondissement de toutes questions est celui effectué sous la direction de Greenberg et Fischer, *op. cit.*

763. H. Cuche et A. Gérard, *ibid.*, p. 205 et 211.

764. « Le "sujet" apparaît de moins en moins pris en considération, y compris dans certaines formes nouvelles de "psychothérapies" », Argument introductif au colloque « L'avenir de la psychiatrie privée », *Psychiatries*, n° 114-115, 1996, p. 7.

765. D. Sechter, « Les effets cliniques à long terme des antidépresseurs », *L'Encéphale*, XXI, sp. II, mars 1995, p. 36.

766. Voir J.-C. Scotto, « Introduction » à « La durée des traitements de dépression », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 1.

767. *Ibid.*, p. 38. Référence à Task Force CINP, « Impact of neuropharmacology in the 1990s. Strategies for the therapy of depressive illness », *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 3, 1993. Selon Arthur Tatossian, « le véritable problème posé par la fréquence maintenant bien établie de la dépression dans la population générale est que des déprimés si nombreux consultent si peu et si tard », art. cité, p. 262.

768. J. Dalery, D. Sechter, art. cité, p. 212.

769. J.-M. Vanelle, A. Féline, art. cité, p. 226. Pour René Tissot, « les IMAO sont les seuls antidépresseurs dont nous savons avec certitude [...] qu'ils peuvent entraîner une élévation de l'humeur chez des sujets nullement déprimés », « Indicateurs biologiques et prises de décision thérapeutiques », *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984, p. 623. Pour une synthèse à destination des médecins généralistes, voir M.-J. Giraud, E. Lemonnier, T. Bigot, « Pharmacodépendance et psychotropes », *La Revue du praticien*, vol. 44, n° 17, 1er nov. 1994 : « La dépendance psychologique paraît être un des plus puissants facteurs impliqués dans l'intoxication chronique et la pharmarcodépendance. De nombreux facteurs l'attestent », p. 2229. « Le risque de développement d'une pharmacodépendance est difficile à limiter », p. 2330. « On connaissait [...] depuis longtemps des dépendances aux IMAO non sélectifs », « Dépression », *La Revue du praticien*, tome 10, n° 342, 20 mai 1996, p. 51.

770. M.-F. Poirier, D. Ginestet, « Médicaments détournés à des fins toxicomaniaques », *La Revue du praticien*, vol. 45, n° 11, 1995, p. 1365. Pour les ISRS, il n'a pas été rapporté des syndromes de sevrage.

771. H. Cardot, F. Rouillon, « Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique) », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 51.

772. En 1978, R. Tissot pouvait écrire : « Entre l'action réussie d'un antidépresseur chez le mélancolique et la transformation des schizophrènes par les neuroleptiques, il y a la même différence qu'entre la guérison d'une pneumonie par l'antibiotique et la compensation d'une insuffisance cardiaque par la digitale », « Quelques aspects biochimiques du concept d'inhibition en psychiatrie », art. cité, p. 517.

773. P. Deniker, *L'Encéphale, op. cit.*, p. 188. « Les traits de personnalité névrotique étaient un facteur d'évolution défavorable », H. Cardot, F. Rouillon, art. cité, p. 55. « Une partie des troubles névrotiques antérieurement qualifiés d'anxieux sont de nos jours appelés dépressions légères chroniques », Y. Lecrubier et G. Jourdain, « Description de troubles dépressifs légers chez 3 090 consultants de médecine générale », *Semaine des hôpitaux*, vol. 66, n° 12, 22 mars 1990, p. 656.

774. T. Bougerol et J.-C. Scotto : « L'apparition, à la fin des années 1950, de traitements efficaces des états dépressifs allait conforter cette idée d'une dépression "banale", affection transitoire, curable dans la majorité des cas et ne nécessitant qu'un traitement ponctuel. [...] D'autres troubles dépressifs, marqués par la tendance à la chronicité ou à la survenue de rechutes, y échappaient [...]. Mais leur caractère particulier, par la coexistence *quasi* systématique de troubles associés de la personnalité d'ordre névrotique, permettait aisément d'en faire plus une pathologie de la personnalité qu'une maladie affective à proprement parler (dépressions névrotiques) », art. cité, p. 233.

775. J.-P. Boulenger et Y.-J. Lavallée, « Attaques de panique, trouble panique et agoraphobie », « L'anxiété », *Confrontations psychiatriques*, n° 36, 1995, p. 73. Souligné par moi. Voir également J.-P. Boulenger (dir.), *L'Attaque de panique : un nouveau concept ?*, Éd. Jean-Pierre Goureau, sl, sd (1987), ainsi que J.-L. Martinot, F. Raffaitin et J.-P. Olié, « Attaques de panique et dépressions anxieuses », *L'Encéphale*, XII, 1986.

776. H. van Praag, *in* D. Healy, vol. 1, *op. cit.*, p. 364.

777. Thomas Ban, *in ibid.*, p. 617, ainsi qu'A. Carlsson, p. 76-77, H. Lehmann, p. 184-185, J. Angst, p. 302, D.-F. Klein, p. 351-352, M. Lader, p. 480.

778. Édouard Zarifian souligne que « de nombreux efforts ont été déployés pour obtenir que le concept d'anxiodépression soit reconnu dans la classification de l'OMS ; c'est chose faite », *op. cit.*, p. 220.

779. J.-M. Chignon, « Le syndrome anxiodépressif : une réalité clinique fréquente », *La Revue du praticien*, tome 5, n° 139, 27 mai 1991, p. 1275. Pour une synthèse, voir P. Hardy, « L'anxiété dans ses rapports avec la dépression », « Autour de la dépression, Congrès de New York, septembre 1988, *Confrontations psychiatriques*, 1989.

780. « Ce phénomène, bien connu des omnipraticiens, est plus rare en psychiatrie. [...] Il représente la majorité des patients rencontrés », Chignon, *ibid.*, p. 1275.

781. M. Lejoyeux, « Une nouvelle entité pathologique », *Panorama du médecin*, 4 novembre 1996.

782. J.-P. Boulenger et Y.-J. Lavallée, « Anxiété ou dépression : dilemme diagnostique ou thérapeutique ? », *Concours médical*, 15 juin 1991.

783. Pour une enquête française, voir J.-P. Lépine *et alii*, « L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française », « Épidémiologie et psychiatrie », *Confrontations psychiatriques*, 1993, n° 35. Pour une synthèse internationale, voir, entre autres, J.-P. Lépine et J.-M. Chignon, « Épidémiologie des troubles anxieux et névrotiques », *in* J.-P. Lépine, H. Rouillon, J.-L. Terra (dir.), *op. cit.*

784. « Ce concept à la fois récent et hétérogène a été très controversé », P. Hardy, « Le traitement de consolidation. La situation des dysthymies », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 40. Si sa définition change entre les DSM-III, III-R et IV, « le caractère chronique de l'évolution demeure une constante du trouble dysthymique », p. 40.

785. Entretien avec Q. Debray, *Synapse*, n° 125, avril 1996, p. 13. Selon Julien-Daniel Guelfi, « c'est probablement dans le domaine des troubles de la personnalité et des troubles dépressifs subsyndromiques que les rapports des antidépresseurs et des classifications diagnostiques devraient évoluer le plus dans les années à venir. En effet, les travaux concernant les rapports de l'humeur et de la personnalité sont de plus en plus nombreux. Des données récentes montrent que les antidépresseurs pourraient modifier certaines dimensions de la personnalité », J.-D. Guelfi et coll., « Antidépresseurs et classifications diagnostiques chez l'adulte », *Psychiatrie, Les Cahiers FMC*, octobre 1996, p. 10.

786. « La dysthymie répond très bien aux sérotoninergiques. Je pense que le succès du Prozac a beaucoup à faire avec ça », entretien cité, p. 20.

787. Selon P. Péron-Magnan, le tempérament revient à la mode *via* la notion de personnalité dépressive. « Tempérament et depression », *in* J.-P. Olié *et alii*, p. 184. « Dans la personnalité dépressive, le sentiment dépressif est constitutif de la vie psychique et est temporellement *infini* », P. Péron-Magnan et A. Galinowski, « La personnalité dépressive », *in* A. Féline, P. Hardy, M. de Bonis (dir.), *La Dépression. Études*, Paris, Masson, 1990, p. 95. « Le concept de dysthymie est *à l'évidence* [c'est moi qui souligne] très général, intermédiaire entre axe I et axe II. Il implique la chronicité des troubles, et les critères qui le définissent sont proches de traits de tempérament », p. 99. Allen Frances estime que, « pour l'instant, les limites entre la personnalité dépressive et les catégories existantes de troubles de l'humeur n'ont pu être établies clairement », Entretien dans *Psychiatrie internationale*, n° 6, 1993, p. 8.

788. P. Hardy, art. cité, p. 41.

789. « Si le but de la mise en place d'un traitement antidépresseur a longtemps été cantonné à l'obtention de la guérison (ou de la rémission) de l'épisode dépressif le plus complètement et le plus rapidement possible, d'autres paramètres doivent être actuellement considérés, tels que : la restauration de la qualité de vie et du fonctionnement social, et la prévention des rechutes, des récidives et des complications », J.-M. Chignon et M. Abbar, art. cité, p. 196.

790. P. Lemoine, « Qualité de vie et psychose », *in* J.-L. Terra (dir.), *Qualité de vie subjective et santé mentale*, Paris, Ellipses, 1994, p. 45.

791. Voir, entre autres, P. Martin, « Le concept de qualité de vie en psychiatrie », D. Pringuey et M. Zanotti, « Le concept de qualité de vie dans la dépression », *Canal Psy*, n° 3, sd, consacré à la qualité de vie.

792. P. Gérin, M. Sali et A. Dazord, « Propositions pour une définition de la “qualité de vie subjective” », *in* J.-L. Terra (dir.), *op. cit.*, p. 87. G. Besançon, « La qualité de vie chez le malade somatique grave et chez le transplanté », *Synapse*, n° 98, juillet-août 1993.

793. *Ibid.*, p. 87 et 88.

794. P. Lemoine, art. cité, p. 46. « Une recherche sur la QDV pose en fait la question du bonheur », p. 47.

795. P. Martin, « Le concept de qualité de vie : son évaluation en psychiatrie », *Synapse*, n° 98, *op. cit.*, p. 22. L'auteur est neuropharmacologue. Voir également sur ce thème, C. Seulin et P. Gérin, « Évaluation de la qualité de vie en santé mentale », ainsi que C. Martin et J. Tignol, « Évaluation de la satisfaction du client en psychiatrie », *in* F. Rouillon, J.-P. Lépine et J.-L. Terra, *Épidémiologie psychiatrique*, sl, sd (1995), Upjohn.

796. Voir C. Herzlich et J. Pierret, *Malades d'hier et d'aujourd'hui,* Paris, Payot, 1991.

797. P. Lemoine, art. cité, p. 29. Également P. Martin, art. cité, p. 73.

798. R. Olivier-Martin, « Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs », *L'Encéphale*, octobre 1986, *op. cit.*, p. 199.

799. Pour une telle analyse appliquée à toutes les maladies chroniques, voir J.-F. d'Ivernois, « Apprendre au patient à se soigner », *Le Monde*, 27 avril 1994. Pour les malades atteints de douleurs physiques chroniques, voir I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli,* Paris, Seuil, 1995. Elle note l'importance des thérapies cognitivo-comportementalistes dans la prise en charge de la douleur chronique : la douleur est un comportement et pas seulement un état objectif (p. 350 à 357).

800. P. Hardy, art. cité, p. 201.

801. J. Dalery, H. Lôo, « Éditorial », *L'Encéphale,* XX, avril 1994, p. 179.

802. P.-A. Lambert, *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson, 1990, p. 56. Voir également É. Zarifian, *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 1988, p. 198, ou encore S. Peele, *Diseasing of America, op. cit.*, p. 15, entre autres.

803. H. Cuche et A. Gérard, « Antidépresseurs : bénéfices/risques », art. cité, p. 206 et 207.

804. Galinowski et Péron-Magnan évoquent « le sentiment d'impuissance, d'infériorité biologique » de la personnalité dépressive (art. cité, p. 97), cette « psychologie des vaincus », p. 105.

805. D. Widlöcher, art. cité (1985), p. 1613-1614.

806. P. Pichot, *in* D. Healy, vol. 1, *op. cit.*, p. 17 et 22. J.-C. Scotto, introduisant un colloque sur la durée des traitements qui s'est tenu en janvier 1994 à Marseille, écrit encore que la dépression reste un « vaste champ aux contours encore mal définis », que « l'empirisme règne toujours : à concepts flous, modèles rudimentaires. Les critères de choix du médicament comme ceux qui orientent sa posologie n'ont rien ou presque de scientifique », « Introduction » à « La durée des traitements de dépression », *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, mars 1995, p. 1.

807. A. Haynal, « Le sens du désespoir », rapport cité, p. 119. « Le médecin, en ce domaine de la dépression, écrit Lucien Israël, joue un rôle qui mérite d'être précisé. [...] La médicalisation intervient lorsque le médecin interprète la souffrance du sujet comme le symptôme d'une maladie », L. Israël, *op. cit.*, p. 159-160. « Quand nous parlons de personnalité et de caractère, ou d'une longue évolution, se demande Haynal en 1984, nous

parlons de vie – et peut-on sérieusement essayer de médicaliser la vie ? », A. Haynal, art. cité (1984), p. 611. On le peut, bien sûr, et on le fait de plus en plus par l'accompagnement de longue durée au moyen de molécules, de psychothérapies ou de psychanalyses.

808. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 17, printemps 1978, p. 25.

809. *Ibid.*, p. 25-26. Souligné par moi.

810. L. Israël, « Du normal », *in Boiter n'est pas pécher*, Paris, Denoël, 1989, p. 35. « Le désir, ajoute-t-il, n'est pas compatible avec le bonheur », p. 31.

811. F. Roustang, *Influence*, Paris, Minuit, 1990, p. 11.

812. F. Roustang, *ibid.*, p. 111.

813. F. Roustang, *Comment faire rire un paranoïaque ?*, Paris, Odile Jacob, coll. « Opus », 1996, p. 203.

814. *Ibid.*, p. 181

815. J. McDougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978, p. 214.

816. Voir, par exemple, « Figures du vide », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 11, 1975 ou « Les cas difficiles », *Revue française de psychanalyse*, tome LIV, 1990.

817. J.-L. Donnet, « Une évolution de la demande au Centre Jean Favreau », art. cité, p. 17. Souligné par l'auteur. Le traitement est gratuit, la clientèle n'est donc sans doute pas tout à fait représentative de celle qui fréquente les divans en libéral.

818. *Ibid.*, p. 18.

819. *Ibid.*, p. 19.

820. *Ibid.*, p. 19-20.

821. *Ibid.*, p. 23. Souligné par Donnet.

822. Les rapports posés par les problèmes de la maîtrise de la nature (biologique et écologique) et ceux de la maîtrise de soi peuvent déclencher des fantasmes du même ordre. Pour un éclairage fort utile sur les rapports entre technique et nature, voir Dominique Bourg, *L'Homme-artifice*, Paris, Gallimard, 1996.

823. P. Legendre, *Le Crime du caporal Lortie – Traité sur le père*, Paris, Fayard, 1989, note 8, p. 155.

824. P. Legendre, *L'Inestimable Objet du désir, op. cit.*, p. 364.

825. P. Kramer, « Afterword », à l'édition américaine de 1997, p. 322.

826. P. Kramer, *op. cit.*, p. 363.

827. Jules Angst déclare à David Healy : « J'aurais tendance à ne voir aucune raison d'empêcher les gens de prendre des ISRS s'ils vont mieux avec. S'ils ont recours à la cigarette et à l'alcool, pourquoi ne prendraient-ils pas un médicament qui est moins toxique que la nicotine ou l'alcool ? », vol. 1, *op. cit.*, p. 302.

828. Kramer persiste dans sa postface de 1997 : « Cliniquement, les médecins ne considèrent plus la rémission des symptômes aigus comme la marque d'un traitement adéquat ; ils espérent voir la personnalité changer également. [...] Je me rappelais qu'il y a seulement une décennie un résultat plus limité – soulagement de la tristesse, de l'insomnie et du chagrin – était considéré comme une réponse complète », *Listening to Prozac*, New York, Viking, 1997, p. 319-320.

829. Que son préfacier français, le Dr Alain Gérard, avait pourtant bien soulignées : « Les questions de Peter Kramer sont les nôtres, celles des psychiatres français qui, il y a quinze ans, avaient déjà utilisé l'indalpine, grand ancêtre du Prozac, et qui depuis s'interrogent sur les limites de la dépression, l'évolution des nouveaux médicaments sérotoninergiques et les limites de la prescription médicamenteuse lorsqu'elle concerne des personnalités souffrantes mais non malades », « Préface », p. XII. J'ai substitué le nom de la molécule au nom de marque dans la citation.

830. D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, p. 261.

831. *Ibid.,* p. 264.

832. P. Kramer, *op. cit.*, p. 407. Peter Whybrow *(op. cit.)* développe une problématique semblable. Il pense que « l'hypomanie est bonne pour les individus *et* pour les groupes sociaux », p. 256.

833. H. Ey *et alii, Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses, op. cit.*, p. 9.

834. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, tome 1, *op. cit.*, p. 311 et 312.

835. F. Dagognet, *op. cit.*, p. 329. « Parce qu'ils ont calmé et apaisé, on les a subitement gonflés de mérites et de pouvoirs disproportionnés. Ils favorisent moins l'improbable guérison que l'ébauche de relations sociales et, par conséquent, une timide réinsertion dans le groupe. Bref, sans vouloir énoncer un paradoxe, ils suppriment ce en quoi *paraissaient* résider la maladie, la démesure et les manifestations violentes », p. 329. Souligné par Dagognet.

836. Voir, par exemple, M. Jeannerod, *op. cit.* « Nombreux sont les "scientifiques", écrit Daniel Widlöcher, qui pensent, sans trop oser le dire, que lorsque l'on connaîtra les mécanismes neuronaux en cause, les défauts et les correcteurs pertinents, la régularisation de l'état chimique du cerveau suffira à corriger le trouble. Cela est possible, mais dans combien de temps et pour quelles "maladies" ? », *Les Nouvelles Cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob, 1996, p. 269.

837. P. Kramer, *op. cit.*, p. 409-10. Souligné par moi.

838. Je reprends ici l'analyse du politique initiée par Claude Lefort. L'invention du social fait référence au livre de Jacques Donzelot, *op. cit.* Sur l'histoire de la représentation politique, voir les travaux de Pierre Rosanvallon et de Bernard Manin.

839. P. Legendre, *L'Inestimable Objet du désir, op. cit.,* p. 101. La dernière phrase est soulignée par Legendre.

840. « Cette idée n'a cessé de l'obséder toute sa vie », note Henri Ey en 1971 dans un hommage à Hesnard, « A. Hesnard – Biologiste, psychiatre, psychanalyste », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 36, n° 2, 1971, p. 304. Dans un article très documenté, le psychanalyste Victor N. Smirnoff écrivait : « On ne s'étonnera pas, dès lors, de lire sous la plume de Pichon [en 1938] que la psychanalyse française "a toujours eu l'attention en éveil sur le problème capital de la psychanalyse et de la morale". Il évoque l'intérêt que les auteurs français – Laforgue, Hesnard, Odier – portent au besoin de punition », « De Vienne à Paris – Sur les origines d'une psychanalyse "à la française" », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 20, automne 1979. Une grande partie de la thèse de Lacan sur la paranoïa (publiée en 1932) est consacrée à l'autopunition.

841. A. Hesnard, *Freud et la société d'après guerre*, Genève-Annemasse, Éd. du Mont-Blanc, 1946, p. 25. Le premier ouvrage consacré à la psychanalyse par Hesnard est écrit avec son

« patron », E. Régis, *La Psycho-Analyse des névroses et des psychoses*, Paris, Félix Alcan, 1913. La troisième édition, publiée en 1929, fait l'objet de profonds remaniements. En particulier, de nombreuses critiques adressées à Freud sont éliminées.

842. Une esquisse de comparaison entre la psychanalyse française et la psychanalyse américaine a été entreprise par S. Turkle, *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 (éd. américaine, 1978). Turkle, à partir des thèses de Stanley Hoffman sur la France, définit à juste titre Lacan comme un Freud français. Néanmoins, de nombreuses affirmations devraient être discutées (le sujet français serait « immuable », les rapports psychiatrie-psychanalyse, etc.). En outre, plusieurs notions provenant de la psychanalyse américaine se popularisent dans la psychanalyse française au moment de son enquête, en particulier la notion de *self* et tout ce qui porte sur les états-limites.

843. P. Legendre, *L'Inestimable Objet du désir, op. cit.,* p. 99. Souligné par Legendre.

844. J. Lacan, *Le Séminaire, L'Éthique de la psychanalyse*, livre VII, édition établie par J.-A. Miller, 1986, p. 22.

845. J. Lacan, *ibid.*, p. 354. La phrase citée se trouve dans la séance conclusive de juillet 1960. La distinction entre père castrateur et père origine du Surmoi « est essentielle dans tout ce que Freud a articulé », p. 355.

846. Voir A. Garapon, *Le Gardien des promesses – Justice et démocratie*, Paris, Odile Jacob, 1996, p. 68-69.

847. Le roman de Gore Vidal, *Duluth* (trad. fr. Paris, Julliard, 1984), met en scène cette démocratisation avec beaucoup d'humour.

848. R. Musil, *L'Homme sans qualités*, Paris, Seuil, 1956, coll. « Folio », p. 188. Le roman se déroule en 1913 et 1914.

849. F. Nietzsche, *La Généalogie de la morale, op. cit.*, p. 78.

850. *Ibid.*, p. 80. Souligné par Nietzsche.

851. Un troisième thème l'a envahi plus récemment : le nouveau continent des violences sexuelles.

852. Voir *L'Individu incertain, op. cit.,* chap. 2, « Abstinence et République ».

853. La distinction entre action et événement est faite par Donald Davidson. Voir la discusion de ses thèses par Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre, op. cit.*, p. 93-97.

854. J.-P. Vernant et P. Vidal-Naquet, *Mythe et tragédie dans la Grèce ancienne*, Paris, La Découverte, 1972, p. 44.

855. *Post-Human*, Lausanne, musée d'Art contemporain de Lausanne, 1992. Voir également la chronique des fantasmes du virtuel dans M. Dery, *Vitesse virtuelle – La cyberculture aujourd'hui*, Abbeville, Tempo, 1997. Le remodelage est un des traits principaux de l'idélogie du virtuel. Voir A. Ehrenberg, « Cyberespaces, New Age électronique », *in L'Individu incertain, op. cit.*, p. 274 à 294.

856. F. Héritier, *Les Deux Sœurs et leur mère*, Paris, Odile Jacob, 1994, p. 74.

857. Pour une telle position, voir T. Anatrella, *Non à la société dépressive*, Paris, Flammarion, 1993.

858. « La *raison d'être* de la politique est la liberté, et son champ d'expérience est l'action », écrit Hannah Arendt, *La Crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972, p. 190. Souligné par Arendt.

859. Sur le déclin de la figure de l'ennemi, voir A. Bergougnoux et B. Manin, *La Social-Démocratie ou le Compromis*, Paris, PUF, 1979.

860. C'est la thèse défendue par Jacques Donzelot depuis *L'Invention du social* en 1984, *op. cit.* Dans l'introduction d'une livraison d'*Esprit*, sur le travail social, il écrit avec Joël Roman : « Il faut alors la produire [la société] non plus en soumettant les individus, mais en les sollicitant, en mobilisant leurs affects, leurs aspirations, leurs désirs, en misant sur eux, en leur demandant de faire exister la société par leur désir de prouver leur utilité lorsque celle-ci ne va plus de soi et qu'on ne sait plus quelle forme lui donner », « 1972-1998 : les nouvelles donnes du social », *Esprit*, mars-avril 1998, p. 19. Dans son dernier travail sur la figuration du peuple, Pierre Rosanvallon conclut sur un point que je partage entièrement : « S'il y a besoin d'un nous pour être soi, construction de soi et construction d'un monde commun vont de pair. S'ouvre ainsi, de façon très balbutiante, la perspective inédite d'une *politique de la subjectivité*, impliquant à la fois une nouvelle façon de parler de l'individu et une nouvelle compréhension de la nature du politique », *Le Peuple introuvable – Histoire de la représentation démocratique en France*, Paris, Gallimard, 1998, p. 360. Souligné par Rosanvallon.

861. A. Wyvekens, « Délinquance des mineurs : justice de proximité et justice tutélaire », *Esprit*, mars-avril 1998, p. 168.

862. I. Astier, « RMI : du travail social à une politique des individus », *in ibid.*, p. 144.

863. A. Lazarus, rapport cité, p. 14. Une enquête de l'Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais note que, dans cette région, « la prise en main d'un projet de vie individuel est mue par les femmes, mais elle s'accompagne de doutes, d'angoisses, d'alcoolisme et de tabagisme », *Le Monde*, 1er octobre 1996.

864. « L'institution sociale de l'individu doit faire exister pour la psyché un monde comme monde public et commun », C. Castoriadis, *L'Institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975, p. 431. « Monde de significations », p. 481.

865. M. Mauss, *Œuvres*, tome III, Paris, Minuit, 1969, p. 150, cité par V. Descombes, *Les Institutions du sens, op. cit.*, p. 296.

866. « Le fait capital du XXe siècle, écrit James G. Ballard, est l'apparition de la notion de *possibilité illimitée* », « Préface » à *Crash*, Paris, Calmann-Lévy, 1974, p. 8. Souligné par Ballard. D'où la mission qu'il attribue à la science-fiction : « Aucun genre ne semble plus à même d'explorer cet immense continent du possible que la science-fiction », *ibid.*, p. 8.

867. S. Toubiana, « L'homme tout bête », *Cahiers du cinéma*, n° 453, mars 1992, p. 9. Woody Allen représenterait l'autre bord du cinéma intérieur. Ainsi déclarait-il récemment : « Je suis le résultat de la télévision et des problèmes psychologiques : je m'intéresse aux mouvements intérieurs. [...] La scène de la comédie s'est déplacée de l'extérieur vers l'intérieur. On ne lutte plus contre des locomotives. À moi de rendre excitants ces nouveaux conflits », Entretien dans *Libération*, 21 janvier 1988.

868. C. Tresson, « Voyage au bout de l'envers », *Cahiers du cinéma*, n° 416, février 1989. « L'homosexualité biologique », p. 9.

869. C. Desbarat, « La frontière », *Trafic*, n° 13, 1995, cité par O. Mongin, *La Violence des images*, Paris, Seuil, 1997, p. 11. Olivier Mongin montre que, dans le cinéma contemporain, « la violence hésite entre une intériorisation qui la refoule dans les corps et un passage à

l'acte explosif ». Quand le conflit « n'est plus traduisible ni symbolisable, ajoute-t-il, le passage à l'acte est d'une violence extrême et redoutable », *ibid.*, p. 67-68.

870. J.-G. Ballard, *op. cit.*, p. 9-10.

871. H. Arendt, *La Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961 et 1983, avec une préface de Paul Ricœur, p. 207.

872. Titre de la partie que Lefort consacre au théologico-politique dans *Essai sur le politique, op. cit.*, p. 249.

873. S. Freud, *Malaise dans la civilation, op. cit.*, p. 44-45.

874. Elles relèvent de ce que la philosophie de l'esprit appelle des « intentions » : « L'intention, écrit Vincent Descombes, est l'action elle-même, décrite dans son aspect mental », *La Denrée mentale, op. cit.*, p. 35. Descombes précise que « la philosophie de l'esprit qui définit le mental par l'intentionnalité sera tout autant une philosophie de l'action qu'une philosophie des opérations intellectuelles », p. 40.

DU MÊME AUTEUR

Le Corps militaire. Politique et pédagogie en démocratie, Paris, Aubier, 1983.

Le Culte de la performance, Paris, Calmann-Lévy, 1991 ; rééd. coll. « Pluriel », Paris, Hachette, 1996.

L'Individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, 1995 ; rééd. coll. « Pluriel », Paris, Hachette, 1996.

DIRECTION D'OUVRAGES

« Aimez-vous les stades ? Les origines des politiques sportives en France », *Recherches*, avril 1980.

Individus sous influences — Drogues, alcools, médicaments psychotropes, Paris, Éditions Esprit, 1991.

Drogues, politique et société — États-Unis, Europe, Japon (en collab. avec P. Mignon), Paris, Le Monde Éditions, Éditions Descartes, 1992.

Penser la drogue/Penser les drogues, vol. I, *États des lieux*, vol. II, *Bibliographie*, Paris, Éditions Descartes, 1992.

« Vivre avec les drogues — Régulations, politiques, marchés, usages », *Communications*, avril 1996.

Drogues et médicaments psychotropes— Le trouble des frontières, Paris, Éditions Esprit, 1998.

La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société, avec Anne M. Lovell, Paris, Odile Jacob, 2001.

Éditions Odile Jacob

Des idées qui font avancer les idées

Retrouvez tous nos livres disponibles en numérique
sur odilejacob.fr
Retrouvez-nous sur Facebook
Suivez-nous sur Twitter



LA FATIGUE D'ÊTRE SOI

DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ

Fatigue, inhibition, insomnie, anxiété, indécision : la plupart des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne sont aujourd'hui assimilées à de la dépression.
Pourquoi ce « succès » de la dépression ? Croisant l'histoire de la psychiatrie et celle des modes de vie, Alain Ehrenberg suggère que cette « maladie » est inhérente à une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative ; elle est la contrepartie de l'énergie que chacun doit mobiliser pour devenir soi-même.
Et si la dépression était surtout le révélateur des mutations de l'individu ?

ALAIN EHRENBERG

Sociologue, Alain Ehrenberg dirige le groupement de recherche « Psychotropes, Politique, Société » du CNRS. *La Fatigue d'être soi* est le troisième volet d'une recherche qui, après *Le Culte de la performance* (1991) et *L'Individu incertain* (1995), s'attache à dessiner les figures de l'individu contemporain.

En couverture : *Mélancolie* (détail), huile sur toile d'E. Munch (1894-1895), collection particulière.
© Munch Museet, Munch Ellingen Group/Adagp, Paris, 1998.