

Mikkel Borch-Jacobsen

La fabrique des
FOLIES

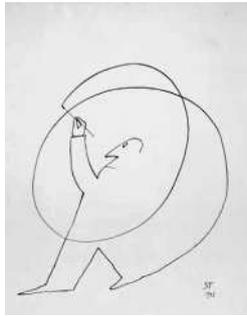


De la psychanalyse
au psychopharmmarketing

Éditions
SCIENCES
HUMAINES

Mikkel Borch-Jacobsen

La fabrique des
FOLIES



De la psychanalyse
au psychopharmarketing

Éditions
SCIENCES
HUMANES

Extrait de la publication

En couverture :

S. Steinberg, *Untitled*, 1948. Beinecke Rare Book and Manuscript Library,
Yale University. saulsteinbergfoundation.org

Retrouvez nos ouvrages sur
www.scienceshumaines.com
www.editions.scienceshumaines.com

Diffusion : Seuil
Distribution : Volumen

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de
reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre
moyen, le présent ouvrage sans autorisation de
l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© **Sciences Humaines Éditions, 2013**

38, rue Rantheaume

BP 256, 89004 Auxerre Cedex

Tel. : 03 86 72 07 00 / Fax : 03 86 52 53 26

ISBN = 9782361060824

Remerciements

Les textes présentés ici sont de nature et de provenance très diverses : conférences, articles de revue, notes de lecture. Certains étaient déjà parus dans le recueil *Folies à plusieurs* (2002) et ont été mis à jour. D'autres – six en tout – sont ici rassemblés pour la première fois. Rédigés sur une période de quinze ans et publiés soit en français, soit en anglais, ils poursuivent une réflexion de longue date sur quelques thèmes obsédants : l'historicité et la relativité des maladies dites « mentales », la coproduction des faits (des artefacts) psychiques, le caractère performatif de nos théories psychologiques et psychiatriques. Les premiers textes traitent de l'hystérie, de l'hypnose et des débuts de la psychothérapie, les derniers examinent les nouvelles folies promues de nos jours par le marketing pharmaceutique : dépression, trouble bipolaire, hyperactivité, anxiété sociale. Pris ensemble, ils couvrent le champ psy depuis la fin du XIX^e siècle et proposent une critique de toutes les théories – psychanalyse, psychologie expérimentale, psychiatrie biologique – qui prétendent décrire et expliquer les faits psychiques alors qu'elles contribuent à les produire elles-mêmes.

Ce recueil doit beaucoup à beaucoup, et notamment à Sonu Shamdasani et à Peter J. Swales. Le premier a écrit avec moi le texte intitulé « Interpréfactions » et la partie biographique du texte « Une boîte noire nommée Sybil » est basée sur une recherche menée en collaboration étroite avec le second. Je leur dois à tous deux d'avoir pris goût aux archives et à la rigueur (d'aucuns diront l'acribie) historique, que le philosophe que je suis avait tendance à négliger avant de les rencontrer.

Je remercie Philippe Pignarre, éditeur ami, de m'avoir initialement encouragé à réunir certains de ces textes dans le volume *Folies à plusieurs*, publié par ses soins. C'est grâce à lui que j'ai commencé à m'intéresser à la psychiatrie biologique et au rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'émergence de nos plus récentes « maladies de l'âme ».

Bien d'autres encore ont participé à l'écriture de ce livre, que ce soit par leurs encouragements, leurs conseils, leurs critiques amicales ou l'aide qu'ils m'ont apportée dans mes recherches: Christophe André, Paul Antze, Kalman Applbaum, Stéphane Barbéry, Jennifer M. Bean, Jacqueline Carroy, Odette Chertok, Jean Cottraux, Frederick Crews, Vinciane Desprets, Todd Dufresne, Allen Esterson, Ernst Falzeder, Marcel Gauchet, Anne Georget, Bernard Granger, Henri Grivois, Ian Hacking, David Healy, Han Israëls, Michael G. Kenny, Elizabeth Loftus, Malcolm « Mac » Macmillan, Patrick Mahony, Catherine Meyer, Éric Michaud, Debbie Nathan, Tobie Nathan, le regretté Paul Roazen, François Roustang, Rosemarie Sand, Richard Skues, Anthony Stadlen, Isabelle Stengers, Jacques Van Rillaer. Qu'ils en soient tous chaleureusement remerciés.

Merci également à tous ceux qui ont bien voulu partager avec moi leurs souvenirs au sujet de « Sybil » et/ou leurs archives personnelles: Mildred Bateman, Virginia Cravens, David, Harold et Cleo Eichman, Dan Houlihan, Herbert Spiegel, Graciella Watson.

Je remercie enfin les éditeurs et responsables de revue qui m'ont autorisé à reprendre ici des textes antérieurement publiés par leurs soins.

Mikkel Borch-Jacobsen

FOLIES À PLUSIEURS

Questions de méthode

L'histoire de la psychiatrie a-t-elle un objet¹? Et si oui, lequel? Supposons un instant qu'on puisse répondre par l'affirmative à la première question. La réponse à la seconde question semblera alors aller de soi: l'objet de l'histoire de la psychiatrie, dira-t-on, est l'ensemble des théories médicales, des pratiques sociales ou institutionnelles et des méthodes thérapeutiques qui, en gros depuis la fin du XVIII^e siècle, ont pris en charge la folie (je prendrai pour l'instant ce dernier terme dans son acception la plus large et la plus indéterminée possible). L'histoire de la psychiatrie, à ce titre, ne serait pas tant l'histoire de la folie elle-même que celle des différentes pratiques discursives qui se sont succédé pour en rendre compte. Nous aurions ainsi, très schématiquement, trois niveaux nettement séparés et hiérarchisés: celui de la folie; celui des théories et des pratiques psychiatriques qui la prennent pour objet; celui enfin du métadiscours historique qui étudie ces théories et ces pratiques dans leur rapport variable à la folie.

On voit ce que suppose cette rassurante stratification du fou, du psychiatre et de l'historien: toute une conception anhistorique de la folie, puisque celle-ci est réputée constituer l'invariant des discours qui sont tenus *sur* elle. L'historien de la psychiatrie, selon cette conception, étudie les diverses approches d'une psychopathologie sur l'essence de laquelle il s'interdit de ne rien dire (puisque'il n'est pas psychiatre), mais dont il ne doute pas un seul instant qu'elle existe indépendamment des discours et des pratiques psychiatriques

1- Communication au colloque « Histoire de la psychiatrie. Nouvelles approches, nouvelles perspectives », Lausanne, février 1997, parue en anglais dans *History of the Human Sciences*, vol. 14, n° 2 (mai 2001).

qui la cernent. On aura compris que cet historien, quelle que soit la distance métadiscursive qu'il prenne par rapport au psychiatre, partage au fond le même idéal d'objectivité que ce dernier. Pour l'un comme pour l'autre, la folie est un « X » intangible qui existe à l'horizon de leurs discours. En fin de compte, cet historien et ce psychiatre ont exactement le même objet et ceci reste vrai quand bien même cet objet serait pensé, comme chez le Foucault de *l'Histoire de la folie*², à la façon d'une expérience muette et non objectivable, excédant tout discours, toute raison et toute histoire. On continuerait, dans ce cas, à situer la folie – la « folie essentielle » – en extériorité par rapport aux discours qui la prennent pour objet. Cet objet serait sans doute inaccessible, absent, perpétuellement en retrait ; il n'en resterait pas moins un objet.

Cette complicité objectiviste entre le psychiatre et l'historien de la psychiatrie devient immédiatement évidente si l'on cesse de parler en termes vagues de « folie », ainsi que je l'ai fait jusqu'à présent. En effet, moins ambitieux que Foucault, l'historien de la psychiatrie s'attache d'ordinaire à écrire l'histoire de syndromes spécifiques – l'hystérie, la dépression, la schizophrénie, l'anorexie. Or, où donc va-t-il chercher la définition de ces termes, sinon dans telle ou telle théorie psychiatrique ? Écrire l'histoire de l'hystérie à travers les âges, comme l'a fait par exemple Ilza Veith³, suppose qu'on sache ce qu'est l'hystérie, quels symptômes la définissent, comment la différencier d'autres maladies. L'historien partira donc forcément d'un certain concept de l'hystérie (plus ou moins freudien dans le cas d'Ilza Veith), pour ensuite l'objectiver et en suivre les variations au cours de l'histoire. Ainsi conçue, l'histoire de la psychiatrie est une histoire écrite du point de vue du psychiatre ou du psychanalyste, dont l'historien entérine et intériorise subrepticement les catégories en leur accordant le statut de réalités transhistoriques et transculturelles.

Les limites de cette conception iatrocentrée sont immédiatement apparentes et de fait, peu d'historiens de la psychiatrie s'y

2- Foucault (1961).

3- Veith (1965).

reconnaîtraient encore aujourd'hui. En effet, qu'est-ce qui nous assure, sinon telle ou telle théorie psychiatrique, qu'il y a quelque chose de tel que l'hystérie, que la dépression, que la schizophrénie, que le trouble bipolaire ? Une telle certitude ne se justifie que dans le cas de troubles mentaux à fondement clairement organique (tumoral, neurologique, endocrinien, toxique ou infectieux), comme l'épilepsie, la paralysie générale progressive ou la maladie d'Alzheimer. Dans ces cas, en effet, on se trouve en présence de troubles qui échappent (dans une certaine mesure du moins) à l'histoire et qui, une fois reconnus, s'imposent avec insistance comme des entités cliniques objectives ou bien disparaissent du fait de la découverte d'un traitement approprié. Ces troubles organiques sont, de par leur nature même, anhistoriques. On peut certes écrire l'histoire de la façon dont ils ont été représentés, théorisés et traités, peut-être aussi l'histoire de leur propagation et de leur disparition, voire l'histoire de la façon dont ceux qui en souffraient les ont vécus (ont narré leur *illness*, comme disent de nos jours les anthropologues médicaux⁴). Mais ces troubles ne sont pas historiques *en eux-mêmes* : quelle que soit l'époque, un malade atteint de paralysie générale progressive développera les mêmes symptômes psychiques, neurologiques et humoraux.

Toutefois, en dépit de la fascination de toujours des psychiatres par l'organogénèse et malgré les promesses chaque jour plus alléchantes de la biochimie et de la génétique, il est clair que la grande majorité des troubles psychiatriques échappe à ce modèle rassurant. S'il est bien, en effet, une leçon massive qui se dégage de l'histoire de la psychiatrie, c'est celle du caractère infiniment variable et fluctuant des entités psychiatriques. Ceci est bien sûr tout particulièrement vrai de ce que nous appelons l'hystérie, dont le caractère protéiforme est tel qu'on peut légitimement se demander, contrairement à Ilza Veith et aux historiens d'inspiration psychanalytique, s'il y a même jamais eu *une* hystérie : quoi de commun entre les « vapeurs » du XVIII^e siècle, caractérisées par des difficultés respiratoires et une immobilité quasi léthargique ; la « grande hystérie »

4- Voir Kleinman (1988a) ; Good (1994).

de Charcot, avec ses attaques en quatre phases bien distinctes, ses anesthésies et hémianesthésies, ses contractures, son rétrécissement du champ visuel; les « fugues hystériques » de la fin du XIX^e siècle; les symptômes diffus de l'« hystérie de conversion » des clientes viennoises de Breuer et de Freud – toux, névralgies faciales, phobies diverses; le « *shell-shock* » des soldats de la Grande Guerre, caractérisé surtout par des aphonies et des tremblements; ou encore les spectaculaires « troubles de la personnalité multiple » de l'Amérique contemporaine? Il est clair que nous n'avons pas affaire ici à un seul et même syndrome, mais à une multiplicité de « maladies mentales transitoires », pour reprendre le terme proposé par Ian Hacking⁵, qui naissent, évoluent et disparaissent en fonction de conditions locales et historiques très spécifiques.

Cette variabilité n'affecte pas moins les autres névroses et les maladies psychosomatiques en général. Comme l'a montré l'historien Edward Shorter⁶, un névrosé avait toutes les chances d'avoir des évanouissements et des crises convulsives au XVIII^e siècle et d'être un invalide moteur au XX^e, alors qu'aujourd'hui il souffrira plus volontiers de dépression, de fatigue, de troubles psychosomatiques ou alimentaires. De même, le pervers et l'homosexuel sont des personnages médicaux qui n'apparaissent comme tels qu'à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle⁷, pour faire place de nos jours à de nouvelles distributions et à de nouveaux rôles. Depuis la décision en 1974 par l'American Psychiatric Association de ne pas inclure l'homosexualité dans la nosologie du DSM-III (le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), qui considère encore cette « préférence sexuelle » comme une « perversion » redevable d'une attention médicale?

Il n'est pas jusqu'à la dépression, trouble qu'on pourrait croire intemporel et inhérent à la nature humaine, qui ne change selon les époques et les cultures. Ce que nous considérons comme une pathologie à symptomatologie essentiellement psychique a pu pren-

5- Hacking (1998); voir plus bas, « Qu'est-ce qui faisait courir Albert? ».

6- Shorter (1992).

7- Voir Foucault (1976) et (1999); Plummer (1981); Hansen (1992); Rosario (1997).

dre par le passé – et prend encore ailleurs, ainsi que l'a établi l'anthropologue médical Arthur Kleinman⁸ – des formes avant tout somatiques, comme dans la mélancolie hypocondriaque de Burton. Au Moyen Âge, ce que nous appelons « dépression » était investi d'une signification religieuse, comme dans l'*acedia* des ermites et des moines⁹. Et de nos jours, au Sri Lanka, elle est non seulement valorisée culturellement, mais encore activement recherchée au moyen de techniques de méditation morose, comme dans le *pilikul bhavana* bouddhiste¹⁰. On pourrait en dire autant de l'anorexie féminine, qui est liée de nos jours à une image du corps promue par les médias occidentaux, mais qui selon l'historienne Caroline Bynum était dans l'Italie médiévale (et est encore dans le Portugal moderne) une ascèse religieuse associée à la purification du corps et à la sainteté¹¹. Quant à ce que nous appelons « les psychoses », c'est depuis fort longtemps un lieu commun de l'anthropologie des maladies mentales et de l'ethnopsychiatrie que de souligner leur relativité culturelle¹²: notre paranoïaque eût été, en d'autres temps, un « possédé démoniaque » ou un « obsédé »; et sous d'autres cieux, notre schizophrène médicalisé eût été considéré comme un être sacré, fût devenu un chaman, ou encore eût été atteint d'*amok* meurtrier.

Cette dernière proposition au sujet des psychoses soulève, il n'est pas question de l'ignorer, des problèmes considérables. Un consensus de plus en plus large¹³ semble en effet se dessiner de nos jours pour attribuer la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive à des troubles génétiques ou à des déséquilibres biochimiques. Et le fait est qu'on peut maintenant agir sur les manifestations symptomatiques de ces psychoses grâce à des médicaments psychotropes d'une efficacité impensable il y a encore quelques dizaines d'années. N'est-ce pas la preuve, dira-t-on, que nous avons affaire dans ces

8- Kleinman (1977).

9- Voir Jackson (1986); Forthomme (1999).

10- Obeyesekere (1985).

11- Bynum (1987); voir également Bell (1985).

12- Benedict (1934); Lévi-Strauss (1950); Devereux (1956); Bastide (1965); Kleinman (1988a); Ellenberger (1995); Nathan, Stengers et Andréa (2000).

13- Mais non absolu, voir la synthèse de Barrett (1996), p. 222 *sq.*

cas à des maladies à fondement biologique, comme telles inaccessibles aux aléas de l'histoire et aux influences de l'environnement? Peut-être, mais comment expliquer alors les variations constatées par les historiens, les sociologues et les anthropologues? Comment expliquer, par exemple, que les symptômes classiquement associés à la schizophrénie ne soient apparus que vers la fin du XVIII^e siècle, pour affecter un nombre toujours croissant de patients tout au long du XIX^e siècle¹⁴? Comment expliquer que les hallucinations auditives – le plus important de ces symptômes si l'on en croit le profil symptomatique de Schneider – aient elles-mêmes évolué, tant dans leur contenu que dans la fréquence avec laquelle elles sont rapportées par les patients¹⁵? Ou encore que les Ibans du Bornéo atteints de la « maladie des fous » présentent bien des hallucinations auditives, mais non les troubles de la pensée subjective courants chez les schizophrènes occidentaux¹⁶? D'où vient que la durée moyenne d'une schizophrénie soit beaucoup plus courte dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés, ainsi que l'ont montré plusieurs études épidémiologiques de l'Organisation mondiale de la santé, et qu'elle y soit accompagnée d'épisodes aigus beaucoup plus marqués¹⁷? Comment se fait-il que les patients schizophrènes se rétablissent mieux en période de chômage élevé¹⁸ ou lorsque leur décharge de l'hôpital a été précédée d'une préparation psychosociale¹⁹? Comment comprendre que les « neurasthéniques » chinois, dont les symptômes correspondent à ceux d'un trouble dépressif grave, ne répondent pratiquement pas aux antidépresseurs²⁰? De toute évidence, la génétique et la biochimie n'expliquent pas tout, loin de là, et l'histoire, tout comme l'anthropologie, joue ici un rôle important en corrigeant les généralisations

14- Shorter (1997), pp. 61-64.

15- Hacking (1999), pp. 113-114.

16- Barrett (2000).

17- OMS (1973) et (1979); Sartorius *et al.* (1986).

18- Warner (1985).

19- Harding *et al.* (1987).

20- Kleinman (1986).

indues de la psychiatrie biomédicale. Même les troubles mentaux dont on nous assure qu'ils sont de nature biologique n'échappent pas, semble-t-il, aux variations de l'histoire.

Dans ces conditions, les historiens seraient bien imprudents de se fier aveuglément aux catégories psychiatriques lorsqu'ils étudient les faits psychopathologiques du passé ou encore les formes culturelles adoptées dans d'autres sociétés par ce que *nous* appelons « folie » ou « maladie mentale ». Ils auraient toutes les chances d'y projeter indûment des catégories elles-mêmes relatives, comme lorsque Charcot lisait les stigmates de la « grande hystérie » dans ceux de la possession démoniaque ou lorsque Freud, sous le titre du complexe d'Œdipe, retrouvait dans l'histoire universelle les conflits typiques de la famille nucléaire en décomposition²¹. De fait, les historiens de la psychiatrie sont devenus de nos jours très conscients des pièges du iatrocentrisme. Ils s'efforcent en général de suspendre tout jugement sur la validité des catégories psychiatriques dont ils traitent, afin de les envisager en termes strictement historiques. Ils débordent le cadre étroit et spécialisé du champ psychiatrique pour inscrire celui-ci dans ses multiples contextes sociaux, politiques et culturels. Ils substituent à l'étude des grandes théories psychiatriques celle des pratiques « lourdes » – pratique quotidienne de l'internement, pratique clinique, pratique diagnostique, etc. Ils délaissent les grands cas fondateurs au profit des archives psychiatriques ou de la recherche épidémiologique et statistique. Enfin, et de façon plus générale, ils accordent une attention croissante aux patients et à leur expérience de la maladie mentale.

Toutes ces nouvelles approches contribuent puissamment à défaire l'ancienne complicité théorique qui liait l'historien au psychiatre, en relativisant le point de vue jusqu'ici dominant de ce dernier. Il n'est pas sûr, toutefois, que l'histoire de la psychiatrie ne reste pas, sur un point bien précis, subtilement dépendante du modèle psychiatrique qu'elle remet par ailleurs en question. Précisément parce qu'ils tiennent tant à se dégager du iatrocentrisme, les nouveaux historiens s'interdisent la plupart du temps tout jugement sur

21- Lacan (1984); Borch-Jacobsen (1994a).

ce qu'est la maladie mentale, respectant ainsi l'ancien partage des rôles entre le psychiatre et son historiographe. Or, cette timidité épistémologique est malvenue, car les historiens de la psychiatrie ont en réalité tous les moyens de dire quelque chose de capital au sujet de la « maladie mentale » : celle-ci, pour l'essentiel, n'est justement pas l'*objet* d'un savoir. Si la folie a une histoire, ce n'est pas seulement parce que chaque époque, chaque société découpe différemment la réalité de la maladie mentale, celle-ci restant idéalement la même « sous » les diverses théories et pratiques qui la prennent pour objet. Ce que nous apprend quotidiennement l'histoire de la psychiatrie, c'est que les troubles mentaux – y compris, dans une certaine mesure, les troubles à fondement organique – varient de concert avec ces théories et ces pratiques, au point de disparaître devant le regard de l'historien : on n'est pas fou de la même façon ici et là, et parfois n'est-on même pas fou du tout. Quelles que soient, par exemple, les comparaisons que nous soyons tentés d'établir entre le chamanisme sibérien et les manifestations de l'hystérie, de l'épilepsie ou de la schizophrénie, il reste que les chamans ne sont ni malades ni fous. Tout comme les Bacchantes grecques²², le « fou des Dieux » Thonga²³ ou le *nabi* hébreu²⁴, ce sont des êtres sacrés dont le comportement est accepté, reconnu et sanctionné rituellement par la société dans son ensemble, et dont l'expérience subjective est de ce fait entièrement différente de celle d'un hystérique ou d'un schizophrène. Aussi réelle soit-elle pour ceux qui en souffrent, la maladie mentale n'existe pas indépendamment des théories et des pratiques qui la *font* exister.

L'histoire de la psychiatrie, tout comme l'anthropologie médicale et l'ethnopsychiatrie, remet donc fondamentalement en cause le postulat d'objectivité du discours psychiatrique. Celui-ci, en effet, n'est pas séparé de l'« objet » dont il traite, car il contribue puissamment à le créer : tel psychiatre, pourrait-on dire, tel psychotique, tel pervers, tel névrosé. Il ne s'agit certes pas de diaboliser le psychiatre

22- Jeanmaire (1951) ; Dodds (1959) ; Rouget (1980), chapitre « Musique et transe chez les Grecs ».

23- Heusch (1971) ; Borch-Jacobsen (1991), p. 158 *sq.*

24- Dhorme (1959).

ou de dénoncer les formes multiples de son pouvoir, à l'instar d'une tradition antipsychiatrique encore très vivace chez certains historiens et sociologues. Ce serait encore faire du fou l'objet purement passif du discours et des pratiques psychiatriques. Or, précisément, la leçon globale qui se dégage des travaux des historiens de la psychiatrie est que les malades, loin de simplement subir les catégories psychiatriques qui leur sont imposées, s'y conforment au contraire très activement. Si l'hystérie ou la neurasthénie, par exemple, ont progressivement disparu du paysage psychiatrique à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, ce n'est pas seulement, comme le veut Mark Micale²⁵, parce que les médecins ont cessé de les diagnostiquer, pour découper différemment la carte des névroses et des psychoses. C'est aussi parce que les malades eux-mêmes ont suivi le mouvement et émigré vers d'autres formes symptomatiques comme la catatonie, l'hébéphrénie, la psychasthénie ou la névrose obsessionnelle, renforçant ainsi la tendance amorcée par les médecins et étayant rétroactivement leurs nouvelles taxinomies. De même, si l'on a assisté aux États-Unis à un spectaculaire *come-back* de la personnalité multiple dans les années 1980-1990, ce n'est pas seulement parce qu'un nombre croissant de psychiatres et de psychothérapeutes a décidé un beau jour d'appliquer ce diagnostic, plutôt que celui de schizophrénie ou de *borderline personality*. C'est parce que les patients, sous l'influence de livres et de films à sensation comme *Sybil*²⁶, ont eux-mêmes opté pour cette nouvelle symptomatologie, initiant ainsi une tendance qui allait être amplifiée en 1980 par l'introduction officielle du diagnostic de *Multiple Personality Disorder* dans le DSM-III : l'épidémie des « troubles de la personnalité multiple » aux États-Unis a été lancée à la base, les psychiatres ne faisant au début que suivre le mouvement de façon plus ou moins opportuniste²⁷.

Il y a de bonnes raisons de penser qu'un processus analogue est à l'œuvre derrière la remarquable explosion des troubles dépressifs depuis la fin des années 1980, phénomène qu'on ne saurait ramener

25- Micale (1993a).

26- Voir « Une boîte noire nommée Sybil ».

27- Hacking (1995).

sans plus à une tautologique « société dépressive²⁸ » ou aux formes nouvelles de l'« individualité fin de siècle²⁹ ». En effet, comme l'a montré de façon lumineuse David Healy³⁰, cette explosion a correspondu très exactement à l'introduction sur le marché des médicaments antidépresseurs de troisième génération, dits « inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine » (ou ISRS). Non que ceux-ci soient venus traiter un trouble psychiatrique préexistant, ils l'ont en réalité créé de toutes pièces : la dépression contemporaine est, si l'on ose dire, un effet secondaire des antidépresseurs. Or, ce processus de fabrication d'un syndrome, que Healy décrit à fort juste titre comme une création de marché³¹, suppose de toute évidence aussi une collaboration très active de la part des malades³². En effet, à moins d'admettre que la dépression était depuis toujours déjà là à l'état latent, attendant d'être « révélée » par les antidépresseurs, il a bien fallu que les malades se reconnaissent dans cette nouvelle symptomatologie et se disent ou se sentent déprimés. En choisissant de devenir dépressifs plutôt qu'anxieux ou hystériques, ils semblent donc avoir activement calqué leurs symptômes sur les médicaments psychotropes réputés agir sur ces mêmes symptômes.

Les malades, en d'autres termes, ne sont pas des « patients » passifs. Comme l'ont souligné Gregory Bateson³³ et l'école de Palo-Alto³⁴, et plus récemment Ian Hacking³⁵, ils réagissent aux catégories à travers lesquelles on les décrit, soit en les rejetant, soit en adoptant de nouveaux comportements qui en retour confirment toujours plus ces catégories, jusqu'au moment où, de façon plus ou moins aléatoire, patients et médecins élaborent en commun un nouveau paradigme psychopathologique. L'exemple le plus frappant de ce processus est sans doute celui du mouvement *gay* américain : classés

28- Roudinesco (1999).

29- Ehrenberg (2000).

30- Healy (1998).

31- Voir « La grande dépression » et « Psychopharmmarketing ».

32- C'est ce que Pignarre (2001), reprenant un terme de Tarde, appelle l'opinion.

33- Bateson (1977).

34- Watzlawick (1972).

35- Hacking (1999).

comme homosexuels à partir de la fin du XIX^e siècle, certains individus partageant le même type de pratiques sexuelles se sont d'abord reconnus dans la catégorie médicale qu'on leur imposait, se sont ensuite constitués en un groupe social régi par un mode de vie particulier et enfin, ont réussi, grâce à un intense *lobbying*, à imposer à l'American Psychiatric Association l'abandon de la médicalisation de l'homosexualité. De façon plus générale, le phénomène nouveau des *support groups* et des associations de malades psychiatriques a le grand mérite de faire apparaître au grand jour un activisme des patients qui restait jusque-là dissimulé sous les catégories figées des psychiatres : on ne peut plus, à présent, avoir le moindre doute sur le caractère toujours profondément *négocié* des entités psychiatriques. Loin d'être indifférents aux théories que les psychiatres élaborent à leur sujet, les malades s'y intéressent profondément et ils interagissent avec elles en les adoptant, en les refusant ou en les modifiant. Les malades participent, autrement dit, à la construction (ou à la déconstruction) des pathologies dont ils sont censés souffrir.

Or, si les malades collaborent ainsi au discours et aux pratiques dont ils sont l'objet, cela veut bien dire que la maladie mentale n'est pas quelque *chose* que nous pourrions observer et étudier du dehors. C'est un comportement ou un idiome adopté par certains individus pour communiquer (fût-ce sur le mode de la non-communication) avec tel médecin et, plus largement, avec telle société qu'il représente. Gardons-nous par conséquent d'objectiver et d'hypostasier indûment la maladie mentale, comme si celle-ci existait indépendamment du psychiatre et de la culture environnante. En réalité, il n'y a jamais que des malades en interaction avec des médecins et des institutions, les premiers adoptant l'idiome des seconds ou au contraire en créant un nouveau pour faire entendre leur plainte et leur mal-être. Ceci est vrai non seulement des troubles fonctionnels et « transitoires », lesquels sont manifestement relationnels, mais aussi des maladies de nature organique. La psychiatrie n'a pas seulement, ni même le plus souvent, affaire à des corps ou à des cerveaux malades, mais à des personnes avec lesquels elle interagit, et elle est de ce fait soumise à tous les effets de boucle bien connus qui affectent les autres sciences humaines.

Pour ne prendre qu'un seul exemple de ces effets de boucle, on sait que les psychologues expérimentaux désespèrent de jamais pouvoir éliminer l'artefact de leurs expériences, du fait de ce que Robert Rosenthal appelle l'« *experimenter's effect* », c'est-à-dire la propension des sujets à devancer et à confirmer les attentes de l'expérimentateur³⁶. Quoi qu'on fasse, la situation expérimentale crée des « *demand characteristics*³⁷ » qui influent sur la façon dont les sujets vont réagir à l'expérience. Or, il va de soi que ce type d'effet, déjà repérable dans la situation expérimentale la plus neutre et la plus contrôlée, jouera à plein dans la situation clinique ou hospitalière, où des patients dépendent institutionnellement ou affectivement de leur médecin. C'est ici que les effets de suggestion iatrogénique ou de contagion mentale trouvent leur explication banale, tout comme d'ailleurs l'effet dit « placebo » et le « transfert » des psychanalystes. Aussi aberrants et incompréhensibles soient-ils à première vue, les symptômes du malade sont toujours des appels de détresse et ils ont donc toujours tendance à se conformer par avance au langage du médecin et de la société dont le malade attend, sinon la guérison, du moins la reconnaissance de son mal.

Cela reste vrai quand bien même le trouble serait au départ de nature biologique ou renverrait à une expérience de « centralité » et de « concernement »³⁸ antérieure à toute catégorisation psychiatrique ou culturelle. Même dans ces cas, l'énigme que représente le trouble pour le malade tendra à être formulée par lui dans des termes susceptibles d'être entendus par le psychiatre ou l'homme-médecine. C'est ce que le psychiatre Henri Grivois appelle la « dérive narrative » de l'expérience psychotique : le malade ne saurait s'empêcher de conférer une signification à l'indicible qui lui arrive, car « une telle abstinence est impraticable, voire surhumaine³⁹ », et il en vient donc à avancer des « explications » délirantes qui font immanquablement appel à des thèmes (religieux, politiques, scientifiques)

36- Rosenthal (1966).

37- Orne (1962) ; sur la « construction » du sujet expérimental en tant que tel, voir Danziger (1991).

38- Grivois (1992).

39- Grivois (1998), p. 48.

empruntés à la culture ambiante et qui se conforment aux stéréotypes de la folie. De ce point de vue, la distinction que fait passer Ian Hacking⁴⁰ entre les maladies mentales « transitoires » ou historiques et les maladies mentales « réelles » ou biologiques paraît bien durcir en opposition (en dualisme ontologique) ce qui est en fait un continuum. Les malades atteints de troubles de nature biophysique ne sont pas moins affectés par la façon dont ils sont perçus et traités que les malades souffrant de troubles dits « fonctionnels » ou « psychosomatiques ». Le fait que l'action des médicaments psychotropes dépende tant du contexte dans lequel ils sont administrés en est une bonne illustration : les corps eux-mêmes réagissent à la situation thérapeutique, c'est-à-dire aux attentes partagées par le patient et son médecin.

Tout ceci doit être un avertissement pour le psychiatre : son diagnostic fait partie intégrante de l'« équation étiologique⁴¹ » des symptômes qu'il prétend observer. Mais ceci doit pareillement être un avertissement pour l'historien de la psychiatrie. Ce dernier, en effet, ne saurait prétendre échapper aux effets de boucle qui affectent le champ psychiatrique en général. Que ce soit en entérinant telle ou telle notion psychiatrique ou au contraire en la relativisant et en la contextualisant, l'historien, qu'il le veuille ou non, intervient à son tour dans l'équation étiologique globale qui définit le champ psychiatrique à un moment donné, qui plus est si son travail trouve quelque écho chez les psychiatres. Pour ne prendre qu'un seul exemple, il est clair que la publication en 1970 de *La Découverte de l'inconscient* d'Henri Ellenberger⁴², avec sa réévaluation de Janet et de la préhistoire « hypnotique » de la psychanalyse, n'a pas été sans influence sur le retour aux États-Unis du diagnostic de personnalité multiple⁴³ et, plus largement, de l'étiologie traumatico-dissociative des névroses. Ce n'est donc pas seulement le psychiatre mais aussi

40- Hacking (1998).

41- L'expression est de Freud (1895a), p. 74.

42- Ellenberger (1970).

43- Sur ce point précis, voir Hacking (1995), p. 45.

l'historien qui interagit avec ce qu'il décrit. Écrire l'histoire de la psychiatrie, c'est aussi, inévitablement, la *faire*.

Cette performativité du travail de l'historien, une fois reconnue, emporte avec elle des conséquences importantes. Tout d'abord, l'historien de la psychiatrie ne peut pas, ne peut plus garder l'attitude de neutralité et d'impartialité dans laquelle il se cantonne d'ordinaire. Quoi qu'il fasse, il est engagé dans le champ qu'il décrit et il y prend parti. En particulier, il lui faut prendre clairement conscience qu'écrire l'histoire de la psychiatrie, c'est forcément critiquer cette dernière en remettant en question ses prétentions à l'objectivité. Plutôt que de dénier cette dimension critique, l'historien ferait mieux d'en prendre acte une fois pour toutes et de comprendre qu'il est, de par son travail, engagé dans une redéfinition et, par là même, dans une relativisation de la notion même de « maladie mentale ».

Puis, l'historien doit également élaborer une méthodologie qui soit en accord avec cette relativisation et qui, si l'on ose dire, la « performe » activement. Si la « maladie mentale » est un idiome qui s'élabore *entre* le malade, son médecin et la culture environnante, cela signifie que l'historien ne peut plus se contenter de décrire les théories et les pratiques des psychiatres ni, inversement, l'expérience vécue des malades. Il lui faut montrer comment ces théories objectives *et* cette expérience subjective émergent de croyances, de préconceptions, d'expectatives qui sont partagées, négociées et modifiées de concert par le théoricien et ses patients : il n'y a de folie qu'à deux, ou plutôt à plusieurs. Écrire l'histoire de la psychiatrie *et/ou* de la folie, ce devrait donc être, idéalement, écrire l'histoire de ces interactions complexes dont surgissent, par effet de boucle, d'amplification et de cristallisation, de nouveaux concepts psychiatriques et de nouveaux comportements symptomatiques – bref, une nouvelle réalité commune au psychiatre, au patient et à la société qui les entoure.

Ces interactions peuvent être étudiées, bien sûr, au niveau de populations psychiatriques entières. L'historien se fera alors statisticien et épidémiologue, en montrant par exemple comment la reconnaissance par les psychiatres militaires britanniques de la notion de « *shell-shock* » autour de 1915 a démesurément amplifié

Table des matières

Remerciements	5
Introduction	7
I. MICROHISTOIRES DU TRAUMATISME	
Comment prédire le passé.	
Du traumatisme au refoulement	31
Neurotica. Freud et la théorie de la séduction	57
Une boîte noire nommée Sybil	97
II. FRAGMENTS D'UNE THÉORIE DE L'ARTEFACT GÉNÉRALISÉ	
Qu'est-ce qui faisait courir Albert Dadas ?	153
L'effet Bernheim	162
L'inconscient simulé	186
III. MADE IN VIENNA	
Interpréfactions.	
L'épistémologie légendaire de la psychanalyse	207
Portrait du psychanalyste en caméléon	231
Hommes au bord de la crise de nerfs	241
IV. NOUVELLES FOLIES	
Situation de la psychothérapie	263
La grande dépression	286
Psychopharmmarketing	298
Usagers de thérapies et producteurs de maladies	323
Bibliographie	339
Index	355