

Psycho (tropes)
Pierre Eyguesier

J'ai écrit ce texte il y a déjà pas mal de temps, dans la foulée d'un travail de "cartel" réunissant des psychanalystes, psychiatres de formation pour la plupart, autour du thème "La dérive scientiste de la psychiatrie". Son noyau est formé par une réflexion qui prend sa source dans une étude plus ancienne sur l'épisode de la cocaïne chez Freud, à propos du fait que les drogues et les médicaments sont "parlants". Cette hypothèse, qui a toutes les allures d'un paradoxe ou d'un argument polémique, ou encore – sait-on jamais ? – d'une évidence pour des lecteurs rompus à la psychanalyse freudienne, je l'ai mise au travail en écrivant d'un seul jet un entrelacs de pensées d'allure aphoristique. D'où le style parfois un peu alambiqué de cet écrit sur un sujet qui, traité ainsi, n'apparaîtra cependant pas comme marginal à la théorie et à la pratique analytiques.

Le médicament comme signe

En adressant des messages chimiques au soma, la psychiatrie biologique issue de la révolution pharmacologique pense être affranchie du monde des signes. Elle ne se rend pas compte qu'elle *signe* en cela son appartenance à la tradition occidentale du psycho-somatisme : la double causalité, psychique et somatique, des médicaments psychotropes nous écartèle tout comme la querelle de la double nature du Christ écartelait l'Église des Temps Barbares.

Qu'il s'agisse de messages chimiques n'implique en rien que ce ne soient pas des messages tout court. A charge pour nous de définir la nature particulière de tels messages, qui se veulent directs, affranchis du symbolique et touchent à la zone la plus mystérieuse, la plus inconnue en dernier ressort par un sujet, celle du "réel" le plus enfoui de son corps.

Nous présentons alors la nécessité d'inventer une nouvelle sémiotique. Une sémiotique corporelle capable de traverser l'enveloppe du corps (message d'un coup, message d'un massage), afin de prendre en compte ces messages chimiques, d'une grande complexité, qui modifient l'économie quantitative et qualitative des procès de la pensée et du déplaisir.

De quelle conception du signe pouvons-nous nous servir ? Et tout d'abord, à quel objet renvoient de tels signes ? Bien qu'ils se présentent globalement comme messages chimiques de paix, les signes psychotropes appartiennent au domaine des techniques de manipulation du corps mises en œuvre dans la science moderne. L'objet du signe pharmacologique ne peut être que la manipulation du soma.

Comme pour tout signe, on distinguera l'objet (représentation d'objet ou image mentale), du référent, qui n'intéresse pas la sémiotique. Alors que l'objet de cette sémiotique sera l'ensemble des effets médicamenteux sur les transmissions chimiques et électriques du système nerveux, son référent ultime peut toujours courir : nul pharmacologue n'est en mesure de le désigner dans son identité irréductible au processus de sémiosis. Il n'y a pas plus de référent de l'action pharmacologique qu'il n'y a de référent dans le processus de sémiotisation.

Tantôt le supposé référent est le processus de captage ou de recaptage des neurotransmetteurs dans la fente synaptique ; tantôt la fixation des molécules sur les gènes des protéines du cerveau... Aujourd'hui encore, la caméra à positons cherche la "chose en soi" de l'action psychotrope. La trouverait-elle, que la science aurait aboli les dimensions symbolique et imaginaire proprement humaines. Il n'y aurait plus de sujet des procès, susceptible de les interpréter (de leur donner du sens) ou de les imaginer. Mais une action purement réelle dont le prototype est la lobotomie.

Dans cette tentative de toucher à un référent ultime, la science pharmacologique se dévoile comme entreprise de désémiotisation de l'humain. Or, il s'avère qu'elle échoue dans ce rêve.

Côté savant d'abord, dans la mesure où surgit inévitablement un ensemble de significations imaginaires liées à l'action de telle ou telle molécule. Ces significations sont dites ici imaginaires parce qu'elles ont trait à des représentations comportementales – telle molécule induit tel comportement –, autrement dit à des signes de qualité (qualisignes dirait Peirce) offerts à l'expérience. C'est l'apaisement, la tranquillité, la sédation, la disparition de l'agitation ou de la violence.

Repris dans un ordre de la "secondarité", de la comparaison, et systématisés dans un discours distribuant les qualités primaires de telle ou telle molécule, ces signes primaires vont donner naissance à un ensemble de signifiés recoupant la totalité des effets attestés des psychotropes. Si le qualisigne est observable chez le rat, lors du passage à l'humain ces qualisignes sont mis en relation avec d'autres qualisignes, recueillis ceux-là au cours de l'observation des malades mentaux.

D'où la constitution de paires opposées. Agitation/apaisement ; dépression/relance de l'activité ; instabilité de l'humeur/régulation de l'humeur ; anxiété ou angoisse/réduction des tensions et douleurs, etc. On passe donc du monde des signes de qualité à celui des signes de relations (relations entre les signes de qualité de l'action des psychotropes et les signes de qualité de la maladie mentale). Et l'on entre de plain-pied dans le domaine du symbole, c'est-à-dire dans le domaine du lien entre deux ordres. Un ordre symbolisant : l'ensemble des qualités des psychotropes, et un ordre symbolisé : l'ensemble des qualités de la maladie mentale.

C'est dans cette articulation qu'il faut situer l'origine des remaniements de la nosographie psychiatrique consécutifs à l'apparition des psychotropes. De l'aveu des psychiatres, la révolution pharmacologique a en effet entraîné une réduction de la nosographie psychiatrique aux catégories majeures de psychotropes. Seront classés dans une même catégorie les troubles qui répondent uniformément à l'action des grandes catégories de psychotropes. On aura les psychoses déficitaires répondant aux neuroleptiques incisifs, les psychoses productives répondant aux neuroleptiques

sédatifs, les dépressions répondant aux antidépresseurs, les troubles de l'humeur répondant aux régulateurs de l'humeur, les troubles anxieux répondant aux anxiolytiques. (Avec toutes les surprises possibles, contre lesquelles les prescripteurs se prémunissent par des “tirs de barrage” polyvalents souvent pratiqués en premier recours.)

On voit donc que le rêve de trouver un référent ultime ne va pas sans le retour de l'imaginaire ; sans la coalescence d'images mentales dérivées de l'action des psychotropes sur le comportement des animaux et d'images mentales dérivées de l'observation des malades mentaux. Ce rêve ne va pas, non plus, sans l'apparition d'une nappe de signifiés qui vont donner cours à un processus de symbolisation ouvert. *Omne symbolum de symbolo*, écrit Peirce, pour rendre compte du processus de sémiotisation. Un symbole ne va pas sans un autre symbole, en rapport avec le même objet dont il développe la signification.

Le médicament comme symbole

Ce processus de sémiotisation peut être appréhendé si l'on prête attention à un certain nombre de messages développés. Or, il y a deux champs possibles d'expansion de la signification, selon qu'on s'intéresse au signifiant lui-même (le nom du médicament), ou au champ du signifié : soit l'ensemble des significations imaginaires recueillies de l'observation et à leur reprise dans un processus de symbolisation.

Dans le premier cas, nous aurons affaire à un processus qui va de l'intellectualisation d'un symbole arbitraire au délire d'interprétation où les “mots sont traités comme des choses” (Freud). Dans le second cas, nous aurons affaire au processus de sémiotisation normal : un sujet développe un certain nombre d'interprétants susceptibles d'enrichir, parfois même de créer, le signifié premier de tel ou tel signe pharmacologique.

(Roland Barthes propose une solution permettant de concilier la position de Saussure relative à l'arbitraire du signe et sa réfutation par Benveniste, aux yeux de qui la relation du signifiant et du signifié est motivée. Cette solution consiste à remplacer la notion d'arbitraire par celle d'immotivation, mais Barthes fait simultanément observer qu'il existe une tendance des signes motivés – les onomatopées par exemple – à s'immotiver et des signes arbitraires à se motiver. Tel est le cas, souligne-t-il, des termes scientifiques.)

Un rapide examen des “noms de spécialités” attribués par les laboratoires pharmaceutiques aux médicaments psychotropes afin de les commercialiser permet de s'apercevoir que le choix de ces noms, loin d'être aussi arbitraire que le prétendent les laboratoires, introduit au contraire une motivation subreptice, selon quatre directions que j'ai cru pouvoir distinguer.

Un premier niveau inclut les noms de spécialités les plus arbitraires en regard de leur “dénomination commune internationale” (DCI). La seule limite, ou motivation, dans cette création de noms de marques, apparaît dans le choix de suffixes propres à les lexicaliser, c'est-à-dire à les rendre homogène à la série des noms de médicaments dont le trait caractéristique est de sonner scientifiquement. On trouvera, par exemple, dans cette rubrique, l'Orap, ou Opiran, nom de spécialité du Pinozide, le Laroxyl, nom de spécialité de l'Amitryptiline, etc.

Un second niveau (dans le sens du plus arbitraire au moins arbitraire) est constitué de noms formés à partir des DCI selon un procédé de formation de l'argot, que les linguistes nomment métaplasme. Il s'agit de suppressions de lettres ou de syllabes, assorties de préfixations ou de suffixations. Exemple du premier genre : l'Haldol, obtenu par métaplasme à partir d'Halopéridol. Exemple de suppression avec suffixation : Loxapine donne Loxapac ; exemple de suppression avec préfixation : Pipampérone donne Dipipéron. Signalons aussi des anagrammes : Moditen Décanoate donne Modécate et, ici également, une tendance à la lexicalisation : les noms de barbituriques sont tous suffixés en "al" (sur le modèle de leur ancêtre le chloral ?), d'où la meilleure trouvaille des pharmaciens qui, devant baptiser un nouveau barbiturique, étaient seulement tombés d'accord pour "garder al" : ce fut le Gardénal.

Un troisième niveau comprend un très grand nombre de noms de spécialités qui incluent dans le néologisme formé une motivation extraite des symboles associés aux qualités premières de la molécule. Ce groupe illustre la tendance à l'intellectualisation des symboles arbitraires et indique bien que nous avons affaire, avec les médicaments psychotropes, à un ordre sémiotique méconnu de lui-même. La liste d'exemples est vaste. Du plus ancien des neuroleptiques, le Largactil (large action) à l'Equanil (qui fait immédiatement venir à l'esprit un autre symbole, "équanime") en passant par le Sédalande, mot-valise appelant deux interprétants, la sédation et la contrée mystérieuse (lande), jusqu'au Survector et à l'Emergil évoquant la survie et la résurrection, au Moditen, où peut s'entendre le symbole de "modération", au Tranxène, qui collapse tranquillisation et anxiété, au Librium, qui évoque la liberté, etc. Il est indéniable que cette classe repose sur une création de sens et constitue une offre d'interprétation, étant elle-même une interprétation. Il s'agit de quasi-métaphores (quasi" car les signifiants d'origine ont été remaniés, triturés, travestis) créées à partir de la substance littérale du symbole de départ.

Un quatrième niveau comprend un certain nombre de noms formés à partir du latin, matrice de la langue française mais aussi, ne l'oublions pas, langue du savoir réservé. Atrium nous transporte vers le lieu de repos et de promenade de la *domus* romaine, tandis que le Lexomyl, où le clerc entendra "lex", et le Dogmatil, qui laisse pour ainsi dire rêveur, collent aux grands remèdes de grands mots.

Conséquences pour le pharmacologue et le psychanalyste

Quelles leçons tirer de ce déchiffrement ? Pas seulement que ces noms répondent à l'exigence publicitaire de trouver de jolis noms, mais aussi à celle de faire rêver. Faire rêver, c'est ajouter au signifiant arbitraire qui pourrait s'énoncer "médicament qui guérit la maladie mentale", un signifié connoté qui parle au "sujet du sens", autrement dit au sujet de l'inconscient.

Cette présence d'un sens flottant à la surface des noms de médicament nous permet de confirmer et développer notre hypothèse. Le médicament est un signe, dans la mesure où, comme tout signe, il ne transmet pas une information totalement inédite. Si tel était le cas, nous n'aurions pas affaire à des signes, car "s'il existe une chose qui communique une information sans avoir

aucune relation avec rien de ce que connaît directement ou indirectement la personne qui comprend cette information quant elle lui est communiquée (ce qui serait une fort étrange sorte de communication), le véhicule de cette information n'est pas appelé [...] un signe" (Peirce). Appelons alors, suivant la terminologie de Peirce, l'idée de guérison rattachée à tout médicament, le "fondement" du signe et le symbole (ou la série de symboles) suggérés par le signe, son "interprétant". Il est clair qu'un signe psychotrope ne peut opérer en tant que signe qu'à la condition d'avoir un fondement et d'être interprété par un savoir. S'il y a signe, il faut que l'information délivrée soit partagée et qu'elle fasse l'objet d'une transaction intersubjective.

Le signe médicamenteux représente la guérison pour quelqu'un. Pour le savant comme pour le malade.

La difficulté de penser les médicaments comme signes tient au fait qu'ils se présentent sous la forme de cachets, de pilules ou de sirops censés agir sur le réel du corps, dans un au-delà ou un en deçà du sens et de la signification. Mais il apparaît qu'il ne faut pas distinguer le soma du psychique, même pour les unifier dans le psychosomatisme. En avançant le concept de "procès", qu'il reprend au neurologue anglais Jackson, Freud souligne en effet qu'il n'y a pas de solution de hiérarchie ou de continuité entre le psychique et le somatique. Les procès sont indifféremment psychiques et somatiques.

On peut en déduire que l'action du médicament psychotrope n'est pas étrangère au champ sémiotique, dans la mesure exacte où les signaux chimiques *ne sont rien s'ils ne sont interprétés par un savoir*. L'effet d'un antidépresseur ou celui d'un neuroleptique est tout uniment physiologique et psychique, etc. Il est donc faux de penser que la molécule agit sur un substratum physiologique et d'en conclure à une causalité unilatérale de la maladie mentale. Il suffit au contraire de poser que le message est ici chimique, et qu'il s'adresse à la physiologie des processus mentaux. Le médicament s'est substitué à la parole et produit des modifications (quantitatives et qualitatives) que celle-ci est réputée provisoirement ou définitivement incapable de produire.

On peut noter ici que le médicament va parfois trop loin. Lorsqu'il est surpuissant, il va jusqu'à réduire les procès au silence. On parlera alors de camisoles chimiques.

Mais le cas le plus fréquent est celui où le signe médicamenteux délivre un message du type de ceux qu'il m'est arrivé de recueillir de la bouche de malades soignés avec des signes neuroleptiques. Pour quelqu'un, l'Haldol veut dire "Rideau ! le Dogmatil "Lève-toi et marche ! Le Tercian "Fais dodo Cola mon p'tit frère" et le Melleril "Soldat lève-toi ! Ce témoignage montre que les médicaments ne font pas sortir les malades de leur condition humaine de "parlêtres" (J. Lacan). Il n'y a pas de message corporel qui ne soit *ipso facto* un message pour un sujet.

Le signe médicamenteux a ceci de particulier qu'il force un retour au *statu quo ante*. Il crée artificiellement, et pour un temps limité, des conditions métaboliques (réduction ou accélération des procès, suppression de la douleur, obtention d'une constance) qui convoquent le régime de pensée qui lui appartient. Si l'on donnait la parole aux médicaments, ils pourraient dire par exemple : "Voilà comment tu te sens lorsque tu n'es pas déprimé, ou délirant, etc." Et c'est ce qu'ils disent en effet,

ce qui explique leur pouvoir de façon plus éclairante qu’une supposée “stimulation des processus dopaminergiques”.

Que les médicaments s’expriment parfois sur le mode impératif mérite attention. Dans ces cas, la prescription médicamenteuse est non seulement autorisée (le prescripteur se prévaut de l’arbitraire universel du signe), mais autoritaire. Elle se passe de commentaires, dévoilant sa nature essentiellement suggestive.

La suggestion, ça marche. Mais pour peu que les psychiatres en restent là, et qu’ils aient la main un peu lourde, leurs malades offrent alors cet aspect de “choses” à quoi tend à les réduire le savoir pharmacologique. En effet, si la contrainte suggestive tend à se chroniciser, si les signes pharmaceutiques ne sont pas mis à profit comme signes déclencheurs d’un processus de symbolisation, alors ils se figent en corps étrangers, simples prothèses chimiques.

La suggestion cependant ne marche pas toujours. Il arrive que des patients se rebellent contre la *furor sanandi* dont ils sont l’objet. C’est le cas, dans les hôpitaux psychiatriques, d’hystériques toujours prêtes à dénoncer les tentatives des psychiatres de les réduire au silence.

Mais le tour le plus désobligeant qu’on puisse faire à ces signes est de les traiter comme des choses, selon la formule de Freud à propos du langage des schizophrènes. Il arrive en effet que le délire d’influence de certains malades mentaux se focalise sur les médicaments. A bon droit, car ces médicaments sont l’unique réplique à leur cauchemar perpétuel. Ainsi, telle malade raconte ainsi qu’elle a passé une période de sa vie à “dilapider ses ronds”, parce qu’elle prenait à ce moment-là du Dipipéron ; qu’à telle autre période elle hallucinait parce qu’elle prenait de l’Haldol (Dans Haldol il y a Hal comme dans hallucinations) ; qu’à tel autre moment elle se donnait au premier venu parce qu’elle prenait du Loxapax (DCI : Loxapine) et qu’elle voyait alors “un loup – lox – sauter sur une lapine”. Enfin, quand elle prenait du Modécate, “elle se sentait sale”, parce que dans Modécate il y a *cat* et cela la persuadait qu’elle sentait le “pipi de chat”.

Est-ce sa faute ? Ou la responsabilité d’un tel délire est-elle partagée par ces nouveaux logothètes que sont les laboratoires pharmaceutiques ? Certes, l’on peut difficilement concevoir des noms purement arbitraires, *id est*, totalement dépourvus de sémantèmes possibles. Mais la question qui nous occupe n’est pas là. C’est parce que les médicaments psychotropes sont des signes qu’ils peuvent – à l’instar de tous les signes – servir de matière à un délire d’interprétation.

Imaginons une molécule sans nom, ou administrée insidieusement. Quel serait son effet ? Le sujet ne saurait pas qu’il a pris un psychotrope, ni *a fortiori* quel psychotrope. Cette expérience, qui n’a jamais été tentée à ma connaissance, permet de se représenter un signe réduit à un signal – l’équivalent d’un cri. A propos du signal, Peirce dit qu’il n’est pas perçu, mais qu’on en fait l’expérience.

Quid de cette expérience dans le cas d’une molécule administrée subrepticement ? C’est-à-dire d’un signe dépouillé de son représentant (le nom du médicament), de son fondement (c’est un médicament) et de ses interprétants (c’est un médicament que m’a donné le Dr Un tel ; il va me faire tel ou tel effet indiqué dans son nom, dans la notice du Vidal, par l’habitude que j’ai de lui, ce que

m'en ont dit les autres ; tel effet présupposé par mon attente, en corrélation avec mes pensées, mes sentiments, mes projets, etc.). Cette expérience est à la limite du concevable car, faute de signe, le sujet se trouvera confronté à une expérience pure de toute sémiotisation possible : l'équivalent d'une perception pure. Poursuivant la fiction, nous pouvons imaginer que le sujet se dira alors, par exemple : "On m'a empoisonné" ou : "Qu'est-ce qui m'arrive, j'ai dû manger un truc bizarre", ou encore : "Tiens, j'ai brusquement envie de dormir...".

Nous comprenons de mieux en mieux que le pouvoir thérapeutique du médicament ne puisse être distingué de sa nature de signe.

Généralisation du problème

On en trouve une autre confirmation dans l'histoire de la découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs. Les premiers neuroleptiques furent, on le sait, utilisés dans le cadre d'expériences d'hibernation artificielle. Ce n'est qu'en un second temps, après que l'effet cataleptique du neuroleptique ait été isolé, puis expérimenté à plus vaste échelle sur des animaux, qu'il fut décidé d'en faire l'essai sur des malades mentaux agités. Le cas des antidépresseurs est encore plus parlant. L'iproniazide, molécule fondatrice de la lignée, fut en premier lieu expérimentée comme médicament antituberculeux. Or elle s'avéra inapte à soigner la tuberculose, mais les médecins relevèrent, chez leurs patients, des signes d'euphorie et d'appétit sexuel qui les incitèrent à donner le médicament à des déprimés. Ces deux apologues ne montrent pas seulement la part inéliminable du hasard dans les découvertes scientifiques, mais soulignent que les médicaments sont des signes : sans le quelqu'un à qui ils s'adressent, nul doute que la chlorpromazine ou l'iproniazide seraient restées dans les éprouvettes des laboratoires.

On rétorquera qu'il a bien fallu que des effets réels se produisent pour que les médecins en saisissent la signification et se décident à la transférer dans un autre domaine. Ceci pose problème.

Le problème est celui de l'invariant du message physiologique, pour autant qu'il trouve le quelqu'un à qui s'adresser. Ce qui s'est produit dans l'histoire de la découverte des psychotropes nous suggère à cet égard une analogie. Reprenons l'exemple du sifflet de locomotive proposé par Peirce. Que pourrait bien être l'interprétation du sujet qui en fait l'expérience s'il débarquait de la planète Mars, ignorant ce qu'est un train ? Nul doute qu'en un premier temps ce signal le surprendrait, le déconcerterait, par sa puissance et son caractère universel d'avertissement. Il ferait alors un effort mental (interprétant affectif de Peirce) pour déchiffrer la signification d'un tel signal, en fonction de son savoir et de ses dispositions à l'égard de la planète terre. Tout est imaginable ; mais si notre martien s'attend par exemple à un acte d'agression, il est certain qu'un tel signe vaudra comme signe d'une action agressive. C'est ce qui s'est passé, *mutatis mutandis*, avec les signaux neuroleptiques ou antidépresseurs : ils ont été interprétés par des médecins en attente de médicaments pour soigner dépressions et psychoses, comme signes d'une action antipsychotique ou antidépressive.

Mais revenons sur la question de l'invariant physiologique. Si les molécules produisent un certain nombre de qualités premières (syndrome d'indifférence" pour les neuroleptiques, éveil pour

les antidépresseurs, etc.) en attente d’une interprétation, il y a lieu cependant de les envisager en soi, en tant que molécules susceptibles de produire un effet constant sur un réel anatomophysiologique.

Or comment ne pas voir que ceci ne tient que pour les animaux, dont les pharmacologues tirent l’essentiel de leur savoir scientifique, par définition universalisable ? Si la quantité de médicament injectée est constante, une fois appréciés les paramètres de tolérance, de poids etc., l’effet obtenu chez les animaux sera le même et l’expérience réputée universalisable. Mais les choses sont loin de se passer ainsi en ce qui concerne le monde humain constitué par les signes et les symboles.

Toutes sortes de variations possibles interviennent en effet, qui obligent à relativiser l’action des psychotropes. Ces variations dépendent d’un “mélange”, propre à chaque sujet, qui n’est pas seulement quantitatif (âge, poids, accoutumance) mais qualitatif (degré de confiance à l’égard du prescripteur, voire “foi qui guérit”, attente de guérison, espoir placé dans l’éventuelle nouveauté du médicament, jusqu’à l’apparence du cachet et aux différents symboles charriés par son nom).

Contrairement aux animaux, les conséquences d’un message psychotrope chez un sujet ne sont pas *a priori* “computables”, pour employer le terme que J. Fodor réserve aux processus périphériques sensitifs, qu’il différencie des processus centraux “incomputables” (*La modularité de l’esprit*, Ed. de Minuit). Toute entreprise de dénombrement exhaustif de ces effets est vouée à l’échec, leur seule voie d’accès étant, comme en psychanalyse, de laisser au sujet “traité” le soin de dire quel effet a sur lui, et sur lui seul, telle action pharmacologique.

Les pharmacologues et les psychiatres sont conscients des avatars possibles des messages chimiques. Pour les meilleurs d’entre eux, il s’agit même d’un *experimentum crucis*, qui soulève rien de moins que l’éternelle question des rapports du corps et de l’esprit. La question est alors posée de savoir en quoi, et dans quelle proportion, le “psychique” peut transformer les messages chimiques, voire les produire à lui tout seul.

Il est en effet d’expérience courante, notamment lorsque des messages placebo sont administrés en “double aveugle”, que des enveloppes vides engendrent les mêmes qualités premières que les molécules elles-mêmes. Les pharmacologues en concluent que le psychisme humain est capable d’induire des modifications dans le réel du corps comparables à celles des molécules : “L’effet placebo, écrit E. Zarifian, est qualitativement strictement superposable aux caractéristiques d’une substance pharmacologiquement active. Il existe une courbe dose/réponse (l’augmentation de la quantité de placebo augmente l’effet constaté), il existe des effets cumulatifs, un phénomène de tolérance, un syndrome de sevrage et des effets rebonds. La différence avec le médicament est purement quantitative.” (Éloge du placebo”, in *Psychiatrie*, 48, 1987, p. 1187).

Il est piquant de remarquer au passage qu’un problème identique se pose aux savants partis à la recherche du mécanisme déclencheur de l’orgasme : “Et même si chacun regarde l’orgasme à travers ses petites lunettes, tous s’accordent à le considérer, ce dont on se serait douté, comme une combinaison de facteurs psychiques et physiologiques. Toute la question est de savoir dans quelle proportion. Dépend-il de la psyché à 99 %, à 60 %, à 50 % ? L’Américain John Money [...] fait plaisir aux partisans du “tout est dans la tête” : il rappelle les cas de certains paraplégiques

atteignant l'orgasme dans le rêve alors que leurs organes génitaux, qui ne sont plus reliés au système nerveux, restent inertes". (*Libération* du 20 mars 91).

La résolution du problème impose donc qu'on se penche sur les "Relations du corps et de l'esprit", et nous fait entrer sur le terrain de l'épistémologie.

Sans aller jusqu'à faire l'histoire des thèses en présence, ni passer en revue les diverses prises de position de médecins, philosophes ou psychologues sur cette délicate question, il vaut le coup de souligner que l'épistémologie implicite des pharmacologues contemporains représente un grand pas en arrière, et plus exactement un retour à la case départ de l'anatomo-pathologie du XIXe siècle, celle d'un Meynert pour fixer les idées.

Celui-ci concevait le mental comme coextensif à l'espace décrit par la science du cerveau, toute pathologie étant référable à une altération au sein de cet espace (soit par "saturation", soit par "dénutrition", etc.) Le schème de causalité de cette théorie que Freud qualifiait ironiquement de "grandiose", ne diffère pas essentiellement, nous semble-t-il, de celle des modernes explorateurs du cerveau.

Mais comment, demandera-t-on, une telle régression a pu se produire ? Comment l'impasse a-t-elle pu être faite sur les théories "fonctionnalistes" d'un Jackson, ou d'un Goldstein, remises en honneur il n'y a pas si longtemps par Henri Ey ? C'est que la découverte des pouvoirs des molécules psychotropes a exercé une incroyable fascination sur les psychopharmacologues et les psychiatres du XXe siècle. Par une sorte de chassé-croisé à l'échelle de l'histoire, elle a remis en honneur un schème de causalité qu'il avait fallu péniblement écarter. Il faut dire qu'entre-temps, entre Meynert et la psychiatrie biologique, ont pris place des découvertes fondamentales de la biologie moléculaire. Nous sommes alors en mesure de déceler la conjonction de facteurs ayant entraîné ce retour en arrière.

Elle repose sur une double induction, dévoilant la nature empirique d'une aventure bien à sa place dans un siècle marqué par le positivisme. La première peut s'énoncer comme suit : "Si les médicaments ont une action thérapeutique sur les maladies mentales, alors preuve est faite que ces maladies ont une origine biologique." Et la seconde : "Si la biologie moléculaire est en mesure de rendre compte exhaustivement du fonctionnement du cerveau, tous les espoirs sont permis pour le rêve organiciste de la science."

Que ce rêve soit aujourd'hui ouvertement caressé fait oublier la prudence de quelques savants (celle de Marc Jeannerot, par exemple, dans ses contributions à un ouvrage récent, *Esprit es-tu là*, aux Editions O. Jacob), et n'est pas fait pour nous rassurer. Mais il ne suffit pas d'en dénoncer les accents millénaristes (demain nous serons en mesure...) ou de brandir l'impasse faite sur le signifiant", pour répliquer convenablement à une entreprise qui mobilise des moyens considérables, de temps, d'argent, d'institutions entières.

Vers une théorie psychanalytique de l'action des psychotropes

En démontrant la nature de signes des médicaments, nous pensons avoir fait un pas dans le sens

d'une telle réplique argumentée. Mais il convient d'aller plus loin, et d'avancer une théorie du pouvoir des médicaments susceptible de faire pièce au dualisme qui fonde la psychiatrie biologique et la pharmacologie enfin devenues scientifiques.

Songez à ce temps pas si lointain – le début du XXe siècle – où les aliénistes n'avaient à leur disposition qu'un nombre restreint d'agents thérapeutiques, dont la plupart n'étaient pas spécifiques. Les médicaments à base d'alcool, de coca ou d'opium, des soporifiques tels que le chloral ou le bromure de potassium étaient alors d'usage courant et faisaient parfois l'objet d'un discours, voire d'un véritable culte publicitaire où l'imaginaire poétique et littéraire était de la partie.

Or la plupart de ces “panacées”, comme on disait à l'époque, ont été frappées d'interdiction, pas seulement à cause de leurs effets secondaires parfois déplorables, mais aussi parce que leur mode de fabrication, de diffusion, et leur popularité même, contrevenaient au passage sous contrôle étatique de la pharmacopée.

Ce coup fatal porté à la médecine anarchique de l'âme a non seulement rejeté les panacées dans l'enfer - qui, comme par hasard, n'a cessé de s'étendre depuis – de la drogue, mais a entraîné une sorte de privatisation par la médecine des “bons médicaments” et surtout une réduction des valeurs – au sens sémiotique – des signes de la pharmacopée.

A la différence des panacées, les médicaments psychotropes sont muets.

Ceci n'empêche pas leur utilisation massive, souvent en dehors des réglementations. Les benzodiazépines sont aujourd'hui de consommation courante, et leurs noms sont en passe de devenir des noms communs : “J'ai pris mon Valium” équivaudra bientôt à “J'ai pris une aspirine”. Plus radicalement, il n'est pas exclu que les psychotropes aient altéré les configurations mêmes de la maladie mentale, faisant parler par exemple d'haldolisation de la folie” (C. Jeangirard).

Ceci n'empêche pas, par ailleurs, de mesurer les pouvoirs d'action des psychotropes en les rapportant aux pouvoirs des panacées auxquels ils se sont substitués. Car il saute aux yeux que la catégorisation actuelle des psychotropes recoupe les différents types de panacées d'avant la médecine scientifique, aussi vrai qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Pensons à l'alcool, considéré par les pharmacologues comme l'anxiolytique numéro un, à l'opium et à sa fameuse “vertu dormitive”, ou à la coca dont les pouvoirs d'éveil étaient communément attestés, et l'on retrouvera des signes équivalents à ceux qui se présentent à l'esprit respectivement pour les anxiolytiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs. La différence entre ces deux générations de médicaments est essentiellement quantitative : les molécules diffusées par les pharmaciens sont plus performantes, leur efficacité est plus régulière et, dans l'ensemble, leurs effets secondaires sont moins redoutables. En somme, ce sont les drogues dont la civilisation industrielle avait besoin.

Avançant pas à pas dans une théorie hasardeuse, nous pouvons maintenant mettre en place un nouveau jalon.

Il nous est fourni par Freud, qui se livre dans un travail d'inspiration neurologique à une critique fouillée des explications anatomophysiologiques de l'aphasie (*Sur l'aphasie*, 1886, livre dont J. Nassif a fait dans *Freud L'inconscient* une lecture fouillée mise ici à contribution). En particulier, Freud fait la part des troubles relevant d'une causalité lésionnelle, de ceux qui ne relèvent, ou ne sont entièrement explicables, qu'en référence à la logique propre d'un "appareil à langage". Mais il lui faut au préalable saper la conception du cerveau prévalant dans la psychiatrie de son époque, celle de Meynert sur laquelle s'appuie Wernicke pour sa propre étude des troubles aphasiques. Il le fait en définissant l'aire de langage comme "homogène et impartageable", les soi-disant centres du langage étant réduits à de simples charnières faisant passer de la causalité physiologique à la causalité langagière. L'idée d'une correspondance univoque entre lésion et trouble aphasique est donc rejetée, au profit d'une réinterprétation de l'incidence des lésions "en fonction des contraintes propres à l'appareil à langage", et faisant la part des réactions "comme un tout", et selon des "niveaux de dissolution" variables, de l'appareil à langage à la lésion.

Ces conceptions montrent une voie de sortie possible de l'épistémologie implicite des pharmacologues (qui tendent à induire du pouvoir des psychotropes l'existence de foyers de désordre cérébraux), et donnent le signal de départ à une approche révolutionnaire de l'action des médicaments. Si l'on en croit les pharmacologues, ceux-ci ont une action élective sur certains agents de la transmission synaptique (les neuromédiateurs) présents en divers circuits des réseaux neuroniques. Dans les circuits sous corticaux principalement, mais aussi corticaux et plus généralement dans l'ensemble du "câblage" nerveux.

Notre compétence étant principalement philosophique, nous devons nous hâter – avant que les spécialistes trouvent à redire – d'en conclure que le pouvoir des molécules psychotropes est alors définissable soit comme réduction, soit comme accélération, soit comme rétablissement d'une constance, au sein des circuits dont le frayage est assuré majoritairement par certaines classes de neurotransmetteurs.

Nous sommes en cela conduits, à l'exemple de Freud critiquant Wernicke, à homogénéiser le substrat nerveux, tout en réduisant l'action des psychotropes à un éventail de messages visant à remettre de l'ordre dans des échanges perturbés soit par l'excès, soit par le défaut, soit par une décharge excessive (douleur). (Des combinaisons peuvent bien entendu se produire, telles un freinage assorti d'une accélération qui pourrait rendre compte du paradoxe des "neuroleptiques incisifs").

Nous pouvons alors formuler la thèse selon laquelle les psychotropes ont une action quantitative sur les processus d'investissement et de décharge des influx nerveux. Thèse qui rend superflue toute tentative de localiser des groupements nerveux auxquels serait rattachée, par induction, la cause de tel trouble psychique ; mais thèse qui amène à poser que cette action aura une portée différente selon le type de circuits concernés, la nature des neurotransmetteurs affectés et l'action spécifique de la molécule administrée. Si certaines classes de neurotransmetteurs sont présentes dans certains circuits nerveux de l'aire corticale du langage", il s'ensuivra des conséquences sur le langage lui-même, non pas dans les termes d'une relation directe de cause à effet, mais indirectement. Car si l'on tient compte de la découverte de Freud selon laquelle le lieu de

l'appareil psychique n'est pas analysable selon les voies d'une topographie du cerveau mais selon celles, topologiques, de fonctions (motrices, acoustiques, visuelles) limitrophes à l'ordre *sui generis* de l'appareil psychique, il devient clair que l'action des psychotropes est toute entière à situer en deçà de cet appareil psychique, au sein de procès, inaccessibles à la conscience, qui déterminent sa pathologie comme son bon fonctionnement.

Dans ces conditions, comment rendre compte de tels effets indirects sur l'appareil psychique ? Au plan économique, par leur incidence sur les quantités à l'œuvre dans les procès psychiques (Qh dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*). Exemple : la réduction des échanges dopaminergiques produite par les neuroleptiques produit une diminution globale de la motricité dépendant des circuits à dominante dopaminergique. Le fameux "syndrome d'indifférence" des neuroleptiques est alors contourné, mais aussi, – y a-t-on jamais pensé ? – la cessation du délire, ou des hallucinations, qui sont indissociablement des symptômes (à déchiffrer) et des quantités faisant penser à un moteur emballé.

Poursuivre dans cette voie, en passant en revue une à une les actions des grandes classes de psychotropes, en fonction de la nature de leur action, de leurs cibles, et des circuits concernés, est désormais possible, mais exigerait une enquête neurobiologique approfondie pour laquelle nous manquons de temps et de goût.

Mais il y a plus. Revenant à nos premières réflexions sur la dimension de signes des psychotropes, nous pouvons nous demander, dans le cadre plus développé dont nous disposons à présent, par quel biais peut être assuré le passage d'un ordre de causalité quantitatif (le système j de *l'Esquisse*), au monde des qualités. En d'autres termes – ceux que nous employions précédemment – comment un signal psychotrope peut-il se transformer en signe, relevant du "système y" de Freud ? Eh bien, justement selon le biais avancé par Freud dans cette même *Esquisse* : "l'association à des traces verbales". Un signal psychotropique, quelle que soit sa nature, ne devient signe que s'il donne lieu, en tel ou tel point du parcours de l'excitation dans les circuits neuroniques, à un symbole plus développé, un interprétant du message chimique.

Pour conclure

Usant d'une analogie rhétorique, nous dirons que le cerveau humain est un palindrome, lisible de gauche à droite en termes de quantités, et de droite à gauche en termes d'enchaînements de symboles. Manière d'illustrer, et le concept de "procès", et ce que nous comprenons par sémiotisation du message chimique. Le concept de pulsion, mi somatique mi psychique, ne manque du reste pas de se présenter à l'esprit dans ce contexte. Toute action sur la poussée pulsionnelle, qu'elle soit chimique ou langagière, provoque une réorganisation de ses éléments (source exceptée). Ainsi s'expliqueraient les transformations diverses exprimées sur tous les tons (et parfois sur l'air des lampions) par bon nombre d'amateurs de vin à la coca du début du siècle, par exemple.

Il en était ainsi, avons-nous dit, parce que les panacées de cette belle époque étaient "parlantes", exactement comme le nez de Cléopâtre selon le flair lacanien. A l'inverse, les médicaments psychotropes n'ont pas inspiré depuis leur découverte la moindre trouvaille : ils ne font signe

qu’aux prescripteurs eux-mêmes, et sont de ce fait davantage porteurs d’un assujettissement à leur science que de métamorphoses pulsionnelles et langagières.

Cette exploration en spirales de la révolution pharmacologique se termine donc sur une note pessimiste. Car l’on aurait tort d’applaudir des deux mains à la pacification – terme qui eut son heure de gloire à l’époque coloniale – des établissements psychiatriques, ou aux sorties plus fréquentes des malades mentaux – ils reviennent plus souvent – pas plus qu’à l’accès enfin ménagé aux psychothérapies – s’il est vrai qu’elles sont plus souvent possibles, il est avéré que les médicaments constituent un facteur non négligeable de “résistance”.

Seuls les progressistes convaincus applaudiront, saluant les prouesses d’une discipline qui met la victoire définitive à portée de main. A portée... demain ! Plutôt que d’attendre l’extase promise (cf. la dernière ligne de *La modularité de l’esprit* de J. Fodor), nous préférons faire face, avec les moyens du bord, aux formes centrales de dépendance.