

# Le sujet cérébral

Alain Ehrenberg\*

Gary [...] avait de plus en plus de mal à croire que son problème n'était pas neurochimique, mais personnel.

Jonathan Franzen, *Les Corrections*, 2002.

**E**RIK R. KANDEL, qui reçut en 2000 le prix Nobel de physiologie et de médecine pour ses travaux sur la mémoire dite procédurale, pense que la plupart des biologistes sont

convaincus que l'esprit sera à la biologie du XXI<sup>e</sup> siècle ce que le gène a été pour la biologie du XX<sup>e</sup> siècle<sup>1</sup>.

Cette biologie sera une science de l'homme total dont le but est clairement indiqué par l'argument d'un colloque sur « La biologie de la conscience. Neurosciences, neuropsychiatrie, cognition », qui s'est tenu à Paris en avril 2002, sous la présidence de Gerald Edelman :

Les neurosciences sont la clé des processus d'apprentissage, des comportements sociaux, des dysfonctionnements neurologiques et mentaux.

Le social, le cérébral et le mental seront fondus dans cette nouvelle science reine.

Les disciplines regroupées aujourd'hui sous l'étiquette « neurosciences » s'intéressaient traditionnellement aux mouvements, aux sens (vision, audition, etc.), à l'apprentissage et aux maladies neurologiques (Alzheimer, Parkinson). Il existait également une importante tradition de recherche en psychiatrie biologique sur les pathologies mentales. Depuis les années 1980, les neurosciences ont permis de produire deux changements. D'une part, les maladies neurologiques

---

\* Directeur du Cesames, CNRS-Inserm-Paris V ([www.cesames.org](http://www.cesames.org)). Auteur, entre autres, de *la Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998 ; et récemment dans *Esprit* « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », mai 2004

1. E. R. Kandel, "Biology and the Future of Psychoanalysis: A new Intellectual Framework for Psychiatry Revisited", *American Journal of Psychiatry*, 156, avril 1999.

et les maladies mentales sont susceptibles d'être abordées comme une unique espèce de maladie. D'autre part, le périmètre d'action de ces disciplines s'est élargi aux émotions, aux comportements sociaux et aux sentiments moraux. Grâce à l'imagerie cérébrale et à de nouvelles techniques de biologie moléculaire permettant de « voir le cerveau en action », on pourrait non seulement espérer des progrès dans le traitement des pathologies mentales, mais encore annoncer l'avènement d'une biologie de la conscience ou de l'esprit. Sorties du ghetto de la spéculation métaphysique, ces notions font désormais l'objet de très nombreuses expériences en laboratoire. Des *Human Brain Projects* ont été élaborés aux États-Unis et en Europe, sur le modèle de celui du génome humain, en vue d'établir des atlas du cerveau conservés dans des banques de données<sup>2</sup>. Dans les revues scientifiques les plus prestigieuses et dans les médias, des résultats sont régulièrement annoncés à propos des circuits neuronaux de la sympathie, du deuil, de la décision d'achat, de la croyance en Dieu, de la violence, de l'amour<sup>3</sup>, etc. Un rapport de l'Académie des sciences souligne à quel point « appréhender le cerveau est indispensable afin de nous comprendre nous-mêmes<sup>4</sup> ». Cette idée est également commune chez les psychologues cognitivistes qui « redécouvrent » le cerveau comme objet de la psychologie.

Ces démarches constituent un aspect des guerres du sujet évoquées dans la présentation de ce dossier. Si la tension entre une conception de l'homme comme être corporel et cérébral et une conception adverse de l'homme comme être socialisé et parlant est traditionnelle en psychiatrie<sup>5</sup>, un nouveau contexte s'est installé : la souffrance psychique et la santé mentale sont devenues les principaux points de repères de l'individualisation de la condition humaine dans la société de l'autonomie généralisée. Elles offrent un nouveau langage permettant d'exprimer les tensions sociales accompagnant ce régime normatif<sup>6</sup>. Ce contexte avive les polémiques, car la clientèle potentielle concerne chacun d'entre nous. Les neurosciences sont

---

2. A. Beaulieu, "Voxels in the Brain: Neuroscience, Informatics and Changing Notions of Objectivity", *Social Study of Science*, 31/5, octobre 2001.

3. M.H. Gündel *et al.*, "Functional Neuroanatomy of Grief: An fMRI Study", J. Borg *et al.*, "The Serotonin System and Spiritual Experiences", tous deux dans *l'American Journal of Psychiatry*, novembre 2003 (l'éditorial du numéro est intitulé : "Toward a Biochemistry of Mind?"); « L'amour à l'épreuve des neurosciences », *Le Journal du CNRS*, février 2004 ; "The Science of Love", *The Economist*, 14-20 février 2004 ; A. Caspi *et al.*, "Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children", *Science*, 297, 2 août 2003 ; "Neuromarketing: Beyond Branding", *The Lancet Neurology*, février 2004. Sur la décision, voir plus généralement A. Berthoz, *la Décision*, Paris, Odile Jacob, 2003, qui reproche aux théories économiques d'avoir négligé le cerveau.

4. H. Korn (sous la dir. de), *Neurosciences et maladies du système nerveux*, Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 16, novembre 2003.

5. Sur le cas de la dépression, voir A. Ehrenberg, *la Fatigue d'être soi...*, *op. cit.*

6. Voir A. Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique... », art. cité. Cet article et la présente étude exposent chacun quelques aspects des deux parties d'un essai en cours sur la place des questions mentales dans la société de l'autonomie généralisée.

l'apport scientifique, technologique et médical permettant de répondre à la fabuleuse demande de santé mentale qui s'est diffusée depuis une vingtaine d'années dans nos sociétés.

Mon propos est moins de prendre parti dans la guerre entre partisans du « Sujet cérébral » et partisans du « Sujet parlant » que d'en déplacer les termes en utilisant la philosophie des sciences comme point d'appui pour une anthropologie de l'individualisme. La pathologie mentale est un bon terrain pour clarifier la confuse question de l'individu, car elle présente le grand intérêt d'être le domaine où la double constitution biologique et sociale de l'espèce humaine, double constitution qui conditionne la possibilité de notre vie psychique, s'entremêle inextricablement.

Pour clarifier le débat sur le cerveau en psychiatrie et dans la vie sociale, je propose une démarche d'analyse des neurosciences distinguant deux programmes et trois enjeux.

On peut en effet repérer un programme « faible » et un programme « fort » des neurosciences. Le programme « faible » vise à progresser dans le traitement des maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, etc.) et à découvrir des aspects neuropathologiques dans les maladies mentales comme les schizophrénies. Le programme « fort », sur lequel je porterai ici l'attention, identifie, philosophiquement parlant, connaissance du cerveau et connaissance de soi-même et, sur le plan clinique, pense pouvoir fusionner neurologie et psychiatrie, c'est-à-dire *in fine* traiter les psychopathologies en termes neuropathologiques et, peut-être à plus long terme, nous permettre d'agir plus efficacement sur notre machinerie cérébrale pour augmenter nos capacités de décision et d'action. Une telle version maximaliste vise à construire une biologie de l'esprit, « une neurobiologie de la personnalité », autrement dit une biologie de l'individu. Si une telle biologie est scientifiquement envisageable, *quel genre d'individu* en serait sa cible ? Répondre à cette question oubliée par les deux camps pourra peut-être permettre de faire la part entre des hypothèses scientifiques ambitieuses susceptibles de retombées médicales et le brouhaha métaphysique.

Le programme fort des neurosciences met en relief trois enjeux, théorique, pratique et social. *L'enjeu théorique* est l'explication de l'esprit sur une base exclusivement matérialiste à partir du postulat que le cerveau est le « fondement » de l'esprit. Cet enjeu n'est pas nouveau, mais le contexte de progrès scientifique et d'intense préoccupation pour la souffrance psychique et la santé mentale en fait aujourd'hui un *enjeu pratique* (professionnel et thérapeutique) : le rapprochement, voire la fusion, entre neurologie et psychiatrie, qui avaient amorcé leur séparation à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, serait bientôt à portée de main. Les appels à la fusion des deux professions font l'objet de nombreux articles ces dernières années dans les revues

qui donnent le ton de la recherche et élaborent les références en matière de traitement dans les centres hospitalo-universitaires. De nombreuses synthèses présentent d'ailleurs l'état de l'art en plaçant dans le même concept de « maladie » l'Alzheimer et les schizophrénies<sup>7</sup>. Ce qui signifie qu'on pourrait, à terme, traiter les pathologies psychiatriques comme des problèmes neurologiques. *L'enjeu social* se situe à la fois dans ces questions thérapeutiques et au-delà d'elles : dans quelle mesure la référence au cerveau pour décrire et comprendre les comportements sociaux est-elle susceptible d'entrer dans le langage commun ? Le cerveau peut-il être – et à quelles conditions – un objet d'identification, un moyen de se reconnaître comme agent social ? Cet organe ne peut plus être considéré aujourd'hui seulement comme un objet scientifique et médical, il est aussi promu comme un *acteur social*. L'opinion est-elle sur la voie d'adopter l'idée que nos difficultés relationnelles et psychologiques ne sont pas personnelles, mais neurochimiques ? S'agit-il d'une métaphore ? D'une vaine proclamation à laquelle personne n'adhère vraiment ? D'un nouveau langage de justification de nos actions susceptible de se diffuser socialement ? C'est ce qu'il s'agit d'explorer.

Affirmons d'emblée que la redéfinition en cours des frontières entre neurologie et psychiatrie ne mettra pas fin à la tension entre le sujet cérébral et le sujet parlant, car cette tension n'est pas seulement interne au monde de la psychiatrie et de la santé mentale, elle est si inhérente à notre forme de vie qu'elle ne saurait être surmontée. Une approche anthropologique se révèle ici utile.

Si la recherche en neurobiologie moléculaire est évidemment nécessaire, je voudrais montrer que le programme fort est un sous-produit typique d'une de nos principales croyances individualistes, à savoir que l'homme est d'abord enfermé dans l'intériorité de son corps, lieu de sa vérité, et qu'il entre ensuite, grâce à son esprit, en relation avec autrui pour former (par contrat, imitation ou contrainte) une société. Ces croyances ne sont pas spécifiques aux neurosciences : elles sont également fort communes en sociologie et en anthropologie. Si les neurosciences ont tendance à fétichiser le cerveau, les sciences sociales font de même avec cette entité magique qu'est le soi (intime, social, objectif, pharmacologique<sup>8</sup>, etc.).

---

7. R. Plomin et P. McGuffin, "Psychopathology in the Postgenomic Era", *Annual Review of Psychology*, n° 54, 2003. Ces deux psychiatres ont codirigé un numéro spécial du *British Journal of Psychiatry* sur génétique et psychiatrie en 1997.

8. Ce type de *self* est particulièrement employé dans l'anthropologie médicale foucauldienne. Voir notamment N. Rose, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, Free Associations Books, 1999 ; J. Dumit, *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton University Press, 2004. Tous se réfèrent au concept de « biosocialité » proposé en 1978 par Paul Rabinow (voir la traduction de son article dans A. Ehrenberg et A. M. Lovell [sous la dir. de], *la Maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 2001).

Je synthétiserai d'abord les éléments du grand partage qui, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, a séparé les *maladies de la lésion* et les *maladies de la fonction*, grand partage que prétend surmonter le programme fort. Je discuterai ensuite de l'emploi de deux arguments récurrents dans la littérature scientifique : l'existence d'un pont entre le cerveau et l'esprit, la relation entre la spécificité biologique d'un individu et la spécificité du même individu en tant qu'être social. Je terminerai enfin par une interrogation sur le contexte social conduisant à considérer le cerveau comme un individu, autrement dit à *se penser soi-même comme cerveau sain ou malade*.

*1900-2000 : naissance et déclin du grand partage  
entre neurologie et psychopathologie*

L'idée d'une neurobiologie du sujet humain, c'est-à-dire du cerveau assimilé à ce sujet, s'est banalisée, les neurosciences apparaissant dans les plus importantes revues internationales comme l'avenir de la psychiatrie, parce qu'elles représentent un apport fondamental à la compréhension des troubles mentaux (en quoi consiste *exactement* cet apport pour le *traitement* des maladies mentales, cela reste à préciser). L'objectif est de comprendre les mécanismes cellulaires et moléculaires avec, à plus long terme, l'espoir que l'on pourra agir sur le cerveau pour modifier les états mentaux.

Nombre de neuroscientifiques laissent espérer à terme une explication complète de l'esprit par les mécanismes neurobiologiques ou les représentations mentales, et cela malgré le fait qu'il y a non seulement, comme le soulignent Albright, Jessel, Kandel et Posner dans un bilan des neurosciences du XX<sup>e</sup> siècle publié en février 2000 par la prestigieuse revue *Cell*,

des problèmes incroyablement complexes, plus complexes qu'aucun de ceux auxquels nous avons été confrontés auparavant dans d'autres domaines de la biologie<sup>9</sup>,

mais encore, comme le rappelle Edelman, parmi tant d'autres,

qu'il s'agit de l'objet matériel le plus complexe que nous connaissons dans l'univers<sup>10</sup>.

Nancy Andreasen (rédactrice en chef de l'*American Journal of Psychiatry*), dans un ouvrage à destination du grand public, souligne que la convergence de ces deux domaines de connaissance [biologie moléculaire et neuro-imagerie] est l'une des choses les plus excitantes qui sont en train de se passer actuellement en médecine et en

---

9. T. D. Albright, T. M. Jessel, E. R. Kandel, M. I. Posner, "Neural Science: A Century of Progress and the Mysteries that Remain", *Cell*, vol. 100, *Neuron*, vol. 25, février 2000.

10. G. M. Edelman, *Biologie de la conscience*, Paris, Odile Jacob, 1992-2000.

santé mentale. Leur convergence a déjà changé la façon dont nous pensons à la fois les causes et le traitement des maladies mentales<sup>11</sup>.

Des percées à court terme sont, nous dit-elle, attendues sur les causes des schizophrénies, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. À long terme, précise Andreasen, le but est de

trouver « une pénicilline de la maladie mentale ». Nous aimerions combattre la schizophrénie ou la démence aussi efficacement que nous pouvons combattre les maladies infectieuses<sup>12</sup>.

Ce programme implique de mettre fin au grand partage établi entre les années 1880 et la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle entre les maladies de la lésion et les maladies de la fonction. La distinction lésion/fonction permet d'établir sur une base clinique les frontières entre neurologie et psychiatrie. Pour comprendre les problèmes soulevés par le projet d'une biologie de la personnalité, il faut expliquer les raisons de ce partage.

Un nom marque pour nous la clinique mentale de l'époque, celui de Freud. Le poids de la psychanalyse dans la psychologie clinique et la psychiatrie, mais aussi dans la culture occidentale du XX<sup>e</sup> siècle, est tel que l'on a oublié les débats qui ont donné naissance à la psychopathologie et leurs enjeux<sup>13</sup>.

L'hystérie est la pathologie qui a permis de construire l'idée de psychisme, de lui donner un contenu spécifique différent d'une lésion du cerveau. Pour parler de maladie, il fallait à l'époque qu'il y ait une lésion expliquant le mal. Confronté aux redoutables problèmes de liaison entre une lésion, qu'on ne trouve pas, et une symptomatologie déconcertante, le neurologue Charcot emploie la notion de « lésion fonctionnelle » ou « dynamique ». Cela lui permet de considérer l'hystérie comme une authentique pathologie en l'insérant dans les classes bien connues des maladies *sine materia* et des maladies constitutionnelles pour lesquelles la pathologie expérimentale était impuissante à trouver des lésions. Autrement dit, l'idée de fonction ou de trouble fonctionnel n'implique nullement une quelconque psychologie et encore moins quelque chose que l'on pourrait appeler le psychisme. Charcot montre que le signe discriminant de l'hystérique est sa capacité à être suggestionné par l'hypnose, qui produit une réaction *physiologique* – et non psychologique, la psychologie étant une sorte de surplus de la physiologie. Charcot sauve ainsi le statut de maladie de l'hystérie en la logeant solidement, du moins le croit-il, dans le giron de la neurologie. La disqualification de cette conception

---

11. N. Andreasen, *Brave New Brain. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, Londres, New York, Oxford University Press, p. IX-X, 2001. La jaquette de couverture la présente non comme une psychiatre, mais comme une "leading neuroscientist".

12. *Ibid.*, p. XI.

13. Je m'appuie sur l'analyse de Pierre-Henri Castel, *la Querelle de l'hystérie*, Paris, Puf, 1998, à laquelle je renvoie pour l'analyse approfondie de la constellation des débats.

donne naissance à la psychopathologie, d'une part, et affine le périmètre d'action de la neurologie, d'autre part. Aux maladies imaginaires succèdent les maladies de l'imagination<sup>14</sup>, auxquelles vont être dévolues les multiples psychothérapies qui s'inventent à cette époque, dont la psychanalyse qui émerge parmi elles.

Cette conception est contestée par Bernheim (le grand adversaire français de Charcot) qui montre que chacun peut être hypnotisable, et pas seulement les hystériques, et qu'en conséquence Charcot a tort de considérer l'hystérie comme une question neurologique et physiologique. Mais, et là est le génie de Bernheim, il ne considère pas pour autant que les hystériques dupent le médecin, mais que l'hystérie

doit relever d'une autre objectivité que celle dont les médecins et les physiologistes ont l'usage et la maîtrise.

Ici, la fonction est autonome vis-à-vis de la lésion. On a affaire à des troubles fonctionnels au sens actuel de l'expression, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'invoquer une base organique pour expliquer le mal. C'est cette rupture qui permet de penser *une autre objectivité* : le psychisme. À cela, Bernheim ajoute encore quelque chose :

Il est [des sujets hypnotisés] qui conservent beaucoup de volonté pour certaines choses, qui n'accomplissent que les suggestions qui leur sont agréables ou indifférentes<sup>15</sup>.

Autrement dit, si l'on ne peut pas suggestionner n'importe quoi à n'importe qui, c'est qu'il y a quelque chose, dans le sujet, qui accepte ou refuse, quelque chose de purement personnel. Bernheim fait ainsi émerger le propre d'un sujet, autrement dit l'existence du subjectif<sup>16</sup>.

À l'inverse de Bernheim, le neurologue Babinski, ancien chef de clinique de Charcot, pense qu'il est impossible de savoir si l'hystérique affabule ou non. Il élimine ainsi la subjectivité, car elle n'a rien à voir avec la neurologie (on peut reproduire et éliminer à volonté des symptômes par la suggestion, ce ne peut donc être un problème de lésion), et par conséquent avec les maladies mentales qui appartiennent à la psychiatrie. Sa contribution est d'avoir établi une frontière entre le neurologique et le psychologique, mettant en question la possibilité de comprendre des états mentaux à partir des états cérébraux. Or, c'est précisément ce que tente de faire notre programme fort contemporain. Il se situe, certes, en opposition à Freud et à la psychanalyse, qui posent les problèmes en termes de relations fantasmatiques (ce sont des maladies de l'imagination) alors que la neurobiologie et la psychiatrie biologique pensent en termes de déficit cognitif, mais en opposition également aux conceptions de Babinski

---

14. P.-H. Castel, *la Querelle de l'hystérie...*, op. cit., p. 126.

15. *Ibid.*, p. 74 et 83.

16. « On ne laisse donc suggérer que ce que l'on désire », écrit Castel, p. 82-83. C'est, selon lui, « ce pressentiment [qui] est la contribution décisive de Bernheim à la vision moderne de la subjectivité », p. 83.

qui éliminait une subjectivité réintroduite aujourd'hui<sup>17</sup>. Mais en quoi consiste une subjectivité malade qui n'est plus faite de culpabilité, d'idées obsédantes, de peurs irrationnelles ou de fantasmes torturants ?

Entre l'ouverture faite par Bernheim et d'autres psychologues de la fin du siècle – l'idée de psychique – et la fermeture de la neurologie à l'inobjectivable par Babinski, Freud donne naissance à une façon singulière de traiter le sujet humain, il fournit un certain contenu à cette notion de psychique en train d'émerger, c'est-à-dire qui prend pour objet la subjectivité. Son apport est la découverte du « pouvoir magique des mots », selon son expression dans la monographie sur l'aphasie de 1891<sup>18</sup>. Le problème de Freud est de distinguer l'aphasie neurologique de l'aphasie hystérique. Lorsqu'il s'agit d'hystérie, il montre que quelque chose se passe certes dans le corps, comme dans l'aphasie neurologique, mais qui *n'est pas* un phénomène du corps. La raison du symptôme (corporel) est un système de pensée, de mots du patient, système *qui lui est propre* : les mots sont mal placés, c'est pourquoi le symptôme est un langage et non l'effet d'un dysfonctionnement du système nerveux<sup>19</sup>. Mais quel langage ? Le symptôme est une expression de tensions entre des idées, dont le patient ne se rend pas compte, qui fonctionne comme un système de forces et de contre-forces. Freud ne pense pas en termes biologiques : la vie psychique ne repose pas sur une matière, elle ressemble plutôt à un champ de forces<sup>20</sup>. Rappelons que Freud a élaboré deux topiques, deux systèmes de forces, au cours de sa vie (inconscient-préconscient-conscient, puis ça-moi-surmoi).

La tension entre les idées (les forces) est l'opération même du désir qui est une entité conflictuelle. Et « la tension du désir domine le moi », écrit Freud dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* en 1895<sup>21</sup>. Elle se trouve au centre de la vie psychique. Cela le conduit à faire de l'animal humain le sujet de son désir<sup>22</sup>, un être pris dans le conflit du désir. En montrant que l'on peut être malade de son propre

---

17. Ici, on doit distinguer entre la « neurologie de l'expérience vivante » proposée par Oliver Sacks, à savoir l'attention qu'il faut accorder à la psychologie des patients neurologiques et le programme fort, qui vise à éliminer toute psychologie. Voir O. Sacks, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Le Seuil, 1988 (éd. américaine, 1986). Sacks semble s'inscrire dans la perspective holiste du neurologue Kurt Goldstein, *la Structure de l'organisme*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1951, 1983 (éd. originale 1934).

18. Cité par J. Forrester, *le Langage aux origines de la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984 (éd. originale britannique, 1980), dont je suis l'analyse.

19. *Ibid.*

20. D. Leader, *Freud et la question du genre*, Paris, Payot, 2001 (trad de *Freud's Footnotes*, éd. anglaise, 2000), p. 255.

21. Traduit par D. Leader, *Freud...*, *op. cit.*, qui discute les autres traductions.

22. P.-H. Castel, *Introduction à l'Interprétation du rêve de Freud*, Paris, Puf, 1998, pour un traitement épistémologique et philosophique (notamment l'usage du concept de désir contre-volontaire).



désir, Freud découvre ainsi « une clef technique » pour traiter un problème – l’hystérie – qui se posait à toute la médecine<sup>23</sup>.

La période qui va de la fin du XIX<sup>e</sup> au début du XX<sup>e</sup> siècle voit s’établir une séparation, fondée sur la clinique, entre l’homme cérébral de la neurologie et l’homme parlant de la psychopathologie. Dans le premier cas, le symptôme transcende le patient qui a une maladie du système nerveux (c’est son cerveau qui est le point d’imputation de la thérapeutique), dans le second le symptôme est entièrement singulier au patient qui est malade de lui-même, pour ainsi dire, de son intentionnalité (désir, croyance, volonté, etc.). À partir de là, psychiatres et neurologues ont en permanence cherché les relations entre leurs deux domaines. Parallèlement, la distinction entre lésion et fonction est devenue le nœud des controverses sur les rapports corps-esprit (ou cerveau-esprit).

Les neurosciences sont-elles la dénomination d’une nouvelle neurologie dont le programme serait beaucoup plus ambitieux que celui de Babinski, puisqu’il franchirait la frontière entre être malade de son cerveau et être psychologiquement malade ? Cette ambition, dont les tenants de la biologie de l’esprit pensent qu’elle résulte du progrès scientifique, n’est-elle pas favorisée par un contexte qui place au centre de la vie sociale la « subjectivité » des individus, la souffrance psychique dont ils témoignent ? Dans quelle mesure les façons de penser le progrès scientifique et le sens donné à la vie sociale s’entremêlent-ils ? Pour y répondre, il faut à la fois travailler sur les concepts et les contextes.

### *Y a-t-il un pont entre le cerveau et l’esprit ?*

S’il ne faut pas mélanger les affaires du philosophe et celles du savant, en cette matière ledit savant se fait philosophe : il parle de l’erreur de Descartes (Damasio), pense que l’homme est neuronal (Changeux), ou qu’on peut expliquer le social à partir du cerveau (Edelman), thèses éminemment philosophiques plutôt qu’hypothèses scientifiques. Rappelons que les biologistes, par métier, doivent travailler sur les êtres humains en les abordant à partir de leur corps, c’est-à-dire, en neurobiologie, à partir de leur cerveau. L’humain en biologie est un être *selon le corps*, un être qui doit *méthodologiquement* être réduit à son corps (gènes, acides aminés, enzymes, aires cérébrales, réseaux neuronaux, neurotransmetteurs, synapses, etc.). Les biologistes doivent neutraliser, par rigueur méthodologique, le social. Faute d’une telle neutralisation, il n’est pas possible de tester

---

23. P.-H. Castel, *Introduction à...*, *op. cit.*, « Conclusion ».

expérimentalement des hypothèses ou d'établir des corrélations statistiques.

C'est pourquoi il est surprenant que nombre de spéculations biologiques sur l'esprit effectuent un pas de plus qui, à mon sens, est *un pas de trop*. Précisons : un pas qui saute de la nécessaire neutralisation méthodologique du social à l'aveuglement conceptuel, l'être abordé selon le corps est bien souvent assimilé, implicitement ou explicitement, à l'être considéré dans sa totalité. Le pas de trop est une *erreur à la fois logique et anthropologique* qui renvoie à la question des rapports entre le sujet humain et son corps, entre le tout et la partie.

### *Distinguer causes et raisons*

Comment le cerveau produit-il de l'esprit ou des états mentaux (anxiété, délire, mémoire, cognition, etc.) ? Dans la littérature scientifique, on a tendance à répondre par l'hypothèse d'un « pont » entre le cerveau et l'esprit, entre les mécanismes moléculaires et les états mentaux. On pourra découvrir ou construire ce pont grâce aux progrès de la biologie moléculaire et de l'imagerie cérébrale<sup>24</sup>. Les extrêmes difficultés ne sont nullement niées, mais les chercheurs pensent les résoudre en considérant que les pathologies de l'esprit doivent être abordées sur le modèle des maladies somatiques dites complexes, comme le cancer ou le diabète, dont les causes sont multifactorielles. Les lésions du cerveau sont alors les véritables acteurs de la pathologie mentale et, plus généralement, l'expérience personnelle dériverait des processus biochimiques au niveau moléculaire.

Le problème conceptuel que pose la biologie, qui fait des (complexes) mécanismes cérébraux le sujet de la personne, l'acteur des opérations mentales – celui qui agit en dernière instance –, est la confusion entre deux espèces de phénomènes. François Jacob (qui n'est pas neurobiologiste) conclut son dernier livre sur cette question :

Nous sommes un redoutable mélange d'acides nucléiques et de souvenirs, de désirs et de protéines. Le siècle qui se termine s'est beaucoup occupé d'acides nucléiques et de protéines. Le suivant va se

---

24. Parmi de multiples exemples, voir R. G. Shulman, "Functionnel Imaging Studies: Linking Mind and Basic Neuroscience", *American Journal of Psychiatry*, 158, 1, 2001 ou J. B. Martin, "The Integration of Neurology, Psychiatry and Neuroscience in the 21st Century", *American Journal of Psychiatry*, 159, 5, 2002. Martin a participé à la mise en place du *Human Brain Project*. Voir A. Beaulieu, "Voxels in the Brain...", art. cité. Pourtant, ce que montre l'imagerie, ce sont des activités métaboliques locales qui sont d'ailleurs difficiles à interpréter. Voir Yves Agid, « Réflexions à propos de l'avis "La neurochirurgie fonctionnelle d'affections psychiatriques sévères" », *Les Cahiers du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, n° 32, juillet 2002. Y. Agid dirige l'Institut fédératif de recherche en neurosciences situé à La Salpêtrière. Cet institut regroupe les services de psychiatrie et de neurologie ainsi que de nombreux laboratoires de recherche. Il dispose de plateaux techniques très sophistiqués en imagerie cérébrale.

concentrer sur les souvenirs et les désirs. Saura-t-il résoudre de telles questions<sup>25</sup> ?

De là une question : est-on composé *au même sens* de protéines et de désirs ? Une telle formulation correspond-elle à la nature des phénomènes étudiés ? Si ce n'est pas le cas, ne faut-il pas *distinguer* les deux espèces de phénomènes ? Et selon quels critères ?

Une distinction introduite par Wittgenstein entre causes et raisons nous aidera. La formation d'une protéine fait l'objet d'une hypothèse se vérifiant par le fait que si l'on découvre une cause à la protéine x, cette cause, dans les mêmes conditions, agira nécessairement pour former à chaque fois ladite protéine : nous avons affaire à l'expression d'une régularité naturelle, constatable empiriquement et prédictible (si nous avons telle cause, nous aurons de façon mécanique ou probabiliste tel effet). La relation causale se caractérise donc par l'extériorité de la cause et de l'effet qui sont deux événements indépendants l'un par rapport à l'autre. En conséquence, une cause n'a pas d'auteur. Une raison ou un motif, à l'inverse, en a un, et l'on ne peut séparer l'auteur de ses raisons, à la différence de la cause et de l'effet : c'est moi qui me souviens ou qui ne désire pas. Une raison est essentiellement une interprétation de nos actions, elle n'est pas imposée par les faits : « Je ne me souviens plus parce que » ne renvoie principalement pas à une cause, mais à une raison, une justification. La raison est ce qui rend une action intelligible, ce qui lui donne un sens – qu'elle soit mensongère, vraie ou erronée n'est pas le problème. Le désir et le souvenir sont en effet pourvus d'intentionnalité (comme croire, vouloir, etc.), ce qui signifie qu'ils sont orientés vers un objet (je veux que la pluie tombe), et non vers un fait (la pluie tombe). Autrement dit, ils sont normés par le langage : j'invoque un désir ou une absence de souvenir pour *justifier* mon action (je rends ainsi raison du fait que je sois devenu sociologue ou que j'ai manqué un rendez-vous) et en fonction de ce qui est *acceptable à ce titre par autrui*, ce qui suppose *un monde, une relation entre moi et lui, donc un contexte*, autrement dit, *une vie sociale*. En revanche, j'invoque mon déséquilibre en acide urique ou ma tendinite chronique aux genoux pour *expliquer* que je me suis effondré ou que je boite, et en fonction de *ce qui se passe réellement*.

La solution qui ne distingue pas les espèces et ne les hiérarchise pas en niveaux revient à

résoudre le problème psychophysique en substituant à l'âme éthérée et insaisissable du philosophe l'âme matérielle et tangible du savant, à savoir le cerveau<sup>26</sup>.

---

25. F. Jacob, *la Souris, la Mouche et l'Homme*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 220 (en poche).

26. J. Bouveresse, *le Mythe de l'intériorité. Expérience, signification et langage privé chez Wittgenstein*, Paris, Minuit, 1976, 1987, p. 677.

L'existence d'altérations cérébrales n'est pas un argument : dans la mesure où nous possédons un corps, il est normal que de multiples relais biologiques (neurotransmetteurs, synapses, aires cérébrales, etc.) nous fassent ressentir ce que nous ressentons. La distinction des causes et des raisons doit être ici considérée comme hiérarchique : la mécanique causale du cerveau est englobée dans l'univers des significations dont elle dérive. Les significations impliquent la prééminence des valeurs (bien/mal, beau/laid) et des normes (permettre, ordonner, interdire) sur le corps (ou le cerveau).

### *Individuation et individualisation*

L'espèce humaine est génétiquement équipée pour une différenciation infinie des individus. Ainsi chaque cerveau est spécifique à chaque être humain, y compris celui des jumeaux monozygotes. Mais l'identité biologique est-elle l'identité d'une personne considérée dans sa totalité ?

Pensez, écrit Antonio Damasio, à ce qu'aurait pu dire le prince Hamlet, s'il avait pu contempler [à l'imagerie cérébrale] ses propres trois livres de cerveau agitées de pensées confuses, plutôt que le crâne vide que lui avait tendu le fossoyeur<sup>27</sup>.

Rien de plus ? Il est envisageable d'*individuer* Hamlet par son cerveau, comme on pourrait le faire avec ses empreintes digitales. On obtiendrait ainsi son empreinte cérébrale, mais elle nous servirait surtout à dire « c'est Hamlet », à le désigner par son cerveau. *L'identité biologique est une individuation.*

On pourrait éventuellement voir qu'Hamlet est jaloux, mais ne pourrait dire de qui ni pourquoi il est jaloux, car il faudrait qu'il nous le dise ou qu'on nous le raconte. Il y a peut-être un relais biologique de la jalousie au niveau moléculaire, mais le réseau neuronal, le mécanisme cérébral ne pourrait être déclenché que si le sujet a des raisons d'être jaloux, et d'être jaloux de quelqu'un avec qui il est en relation, dans un contexte qui lui donne des raisons (bonnes, mauvaise, fausses, illusoire) de l'être. La jalousie est ressentie par moi parce que je suis dans une relation signifiante avec quelqu'un. Le jaloué et le jaloux forment une paire, ils sont relatifs l'un à l'autre en référence à un objet de la jalousie. Peut-on détacher la jalousie du jaloux ou le deuil de l'endeuillé ? Ressentirais-je la même chose si ma femme meurt indépendamment du fait que je l'aime ou que je ne l'aime plus ? Le sujet et l'objet (de la jalousie ou du deuil) ne sont pas deux entités indépendantes auxquelles on ajoute ensuite une relation sociale ou mentale, mais deux agents. Ici, on n'est plus dans la dési-

---

27. A. R. Damasio, *L'Erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, 1995, p. 47 (en poche).

gnation individuante, mais dans l'individualisation, dans une relation signifiante<sup>28</sup>.

L'usage d'une perspective exclusivement naturaliste consiste soit à mettre sur le même plan l'être considéré à partir de son corps, ici le cerveau, et l'être considéré comme un tout pensant et agissant, soit à faire du second la conséquence du premier. La confusion de l'individuation et de l'individualisation conduit à penser que le cerveau est à la fois le sujet qui dirige la personne et la personne entière (ce qui n'est pas le cerveau ne compte pas vraiment). On croit avoir enfin corrigé « l'erreur (dualiste) de Descartes » et on ne fait que la reconduire avec des *méthodes* scientifiques. Autrement dit, on fait du cerveau une âme matérielle.

Il faut donc maintenir une distinction entre *l'individuation* au sein de l'espèce, soit l'identité personnelle qui fait qu'une chose est elle-même (mouche ou homme), et *l'individualisation*, le sens qu'on accorde à cette identité, la conscience que l'on en a. Or, ce sens ne réside pas dans le cerveau (qui ne connaît que des mécanismes), mais dans la vie sociale. Si le programme fort peut produire à terme une biologie de l'individu, ce sera une biologie de l'individuation et non de l'individualisation.

### *Sujet cérébral et sujet parlant : relativiser l'opposition*

Les spéculations dont je viens d'esquisser l'analyse ont des enjeux pratiques : ils fournissent les références scientifiques permettant d'envisager l'intégration de la psychiatrie dans la neurologie. On observe aujourd'hui une tendance très forte, dans les publications scientifiques de renom, à prôner une telle intégration. Dans de nombreux articles, des psychiatres affirment qu'il « est de plus en plus difficile de distinguer scientifiquement entre les disciplines de la neurologie et de la psychiatrie<sup>29</sup> » ou que « le temps est venu pour la psychiatrie et la neurologie de devenir une unique discipline<sup>30</sup> ».

C'est sur le plan de la clinique que les choses se joueront : les recherches en neurosciences permettront-elles au programme fort d'atteindre ses objectifs ? Dans le cas de la génétique psychiatrique, il apparaît nettement qu'il n'est pas possible aujourd'hui de distinguer véritablement entre la part des gènes et celle de l'environne-

---

28. Les approches mentalistes, qu'elles soient matérialistes ou spiritualistes, « substituent une expérience à une relation », écrit Vincent Descombes, *la Dénrée mentale*, Paris, Minuit, 1995, p. 276-277.

29. J. B. Martin, "The Integration of Neurology...", art. cité, p. 695. Voir également, entre autres, B. H. Price, R. D. Adams, J. T. Coyle, "Neurologie and Psychiatry: Closing the Great Divide", *Neurology*, 54, 8, janvier 2000 ; S. T. Yudofsky et R. E. Hales, "Neuropsychiatry and the Future of Psychiatry and Neurology", *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002.

30. T. Detre et M. McDonald, "Managed care and the Future of Psychiatry", article de tête des *Archive of Psychiatry*, 54, mars 1997, p. 203.

ment, quelle que soit la méthode employée. Plus encore, les obstacles méthodologiques sont tels que l'information apportée risque d'être des plus minces<sup>31</sup>. Au niveau des résultats pratiques, quels mécanismes physiopathologiques ou quels marqueurs biologiques d'une quelconque affection mentale (permettant de dire : « voilà le mécanisme ! ») peuvent-ils être portés au crédit de toutes ces recherches ? Les résultats concernent des syndromes à caractère biologique dans l'autisme (environ 15 % des cas).

Sur le plan pratique, il y a au moins deux arguments contre le programme fort. Le premier concerne le diagnostic. Prenons la façon dont est présenté l'autisme dans une émission grand public de la télévision. Lors de *Ça se discute*, animée par Jean-Luc Delarue et consacré à l'autisme le 13 octobre 2003, les parents présents comme la pédopsychiatre déclarent à l'unanimité que les parents ne sont jamais en cause, car il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental, certainement de nature génétique, en tout cas constitutionnelle. Les propos tenus correspondent d'ailleurs parfaitement aux tendances des professionnels de la recherche : seuls les Français parleraient encore de psychose infantile, partout ailleurs l'autisme est un « trouble envahissant du développement<sup>32</sup> ». Pourtant, la clinique montre que des relations pathogènes<sup>33</sup>, au cours de la petite enfance, peuvent produire le même genre de symptôme, bien qu'il soit souvent difficile de différencier entre un trouble neurologique et biologique et une maladie mentale. Cette difficulté est à l'origine des intenses controverses dans le domaine : après l'explication générale par « la mère schizophrénique » s'installe une autre explication générale par les causes biologiques et les déficits cognitifs. En conséquence, l'accent mis exclusivement sur les causes biologiques interdit de faire un *diagnostic différentiel* conduisant à des prises en charge thérapeutiques diversifiées et personnalisées selon les ressorts de la symptomatologie – une relation pathogène ne signifie pas une action intentionnelle de la part des parents. Cette différenciation diagnostique est d'autant plus importante à établir qu'un rapport publié en 2001 par un organisme américain, le *National Research Council*, estime impossible de tirer des recherches en sciences cognitives, comme de celle du domaine

---

31. Voir F. Clerget-Darpoux (présidente de la Société internationale de génétique épidémiologique), « La folle course au gène de la folie », *La Recherche*, avril 2002. Allan Tobin, directeur du Brain Research Institute à UCLA, montre la même chose, « Amazing Grace », in R. A. Carson et M. A. Rothstein (eds), *Behavioral Genetics. The Clash of Culture and Biology*, Baltimore et Londres, John Hopkins University Press, 1999, p. 8.

32. « Autisme, vers la fin des querelles ? », *La Recherche*, n° 373, mars 2004, p. 38-45.

33. Il est d'ailleurs paradoxal de constater que, d'un côté, on ne cesse de parler de maltraitance, autrement dit de *relations*, au point que la fessée devient en elle-même une violence (Pascale Kremer, « Fessée et insulte, ces "actes de violence qui ne se voient pas" », *Le Monde*, 15 octobre 2003) et, de l'autre, une totale indifférence à la relation pathogène. Voir également le projet de loi déposé au Parlement européen visant à interdire la fessée dans l'Union européenne au motif qu'elle constitue une atteinte aux droits de l'homme.

florissant de l'attachement, une conclusion solide concernant le développement à long terme de l'enfant<sup>34</sup>.

Distinguer deux espèces de maladie permettrait de relativiser l'opposition entre le cérébral et le relationnel. Ils forment les deux parties solidaires du tout qu'est le patient.

Le deuxième argument est clinique. En neurologie, les problèmes psychopathologiques ou les troubles fonctionnels sont suscités par la cause biologique ou par la maladie elle-même. Ces problèmes aggravent les difficultés générales des patients neurologiques et doivent être pris en compte. Oliver Sacks est un modèle pour une telle approche en neurologie. Il a en effet montré la nécessité d'une subtile investigation clinique et d'une profonde compréhension psychologique des patients neurologiques<sup>35</sup>. En psychiatrie, les neurosciences ont une place légitime, car il est raisonnable de penser que la recherche repérera plus d'aspects neuropathologiques, autrement dit corporels, dans les maladies mentales. C'est une hypothèse raisonnable, parce que, par exemple, le groupe des schizophrénies est un ensemble de syndromes et qu'il est fort possible que nous assistions à terme à un démembrement de « la » schizophrénie, une partie des syndromes basculant dans le domaine de la neurologie, comme dans le cas de l'autisme. Cependant, un retard neurodéveloppemental crée de lourds problèmes psychopathologiques. En conséquence, quand bien même les patients psychotiques deviendraient des patients neurologiques, la psychopathologie conserverait toute sa place. Autrement dit, on ne met pas fin à la division entre neurologie et psychiatrie, entre maladies de la lésion et maladies de la fonction, d'une part, et on n'arrive pas à se débarrasser de l'adjectif « mental » qui garde sa nécessité, d'autre part. Distinguer entre le cérébral et le relationnel tout en relativisant leur opposition permet de contourner le double piège de la fusion et de l'opposition frontale entre neurologie et psychopathologie au profit d'un accent mis sur la clinique et la relation médecin/malade<sup>36</sup>.

Plutôt que de chercher la fusion des deux disciplines ou, à l'inverse, de penser que les neurosciences mettent en danger la subjectivité, ne serait-il pas plus rationnel et plus efficace pour les patients de se servir des progrès de la biologie du cerveau pour mieux réfléchir à la *distinction* des deux disciplines ?

Il est d'autant plus important de souligner l'intérêt d'une telle démarche logique que commence à s'imposer l'idée qu'il faut arrêter

---

34. Cité par Ann Hulbert, *Raising America: Experts, Parents and a Century of Advice about Children*, New York, Knopf, 2003, p. 321.

35. O. Sacks. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, op. cit.

36. Michael Balint a souligné il y a plus de cinquante ans que le problème majeur en médecine générale est l'incompréhension des problèmes véritables du patient, *le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1960.

de culpabiliser les patients ou leurs parents (pour les psychoses et les troubles alimentaires, anorexie et boulimie), attitude attribuée à la psychanalyse. Or, la psychanalyse est, en principe, moins faite pour culpabiliser patients et parents que pour les aider à se confronter à leur propre culpabilité (sentiment qui n'est pas rare, on s'en doute, dans une situation où l'on a un enfant atteint de troubles psychiatriques), ce qui est tout à fait autre chose. Mais évidemment, cela ne dit rien de la pratique très diverse de la psychanalyse. On se débarrasse d'une subjectivité passant par le langage au profit d'une subjectivité cérébrale. Il s'agit de construire une subjectivité qui ne désigne personne en particulier, parce qu'elle ne tient pas compte des conflits, des divisions, des dilemmes dans lesquels sont réellement pris les individus. C'est « une subjectivité d'automate », pour reprendre le mot de Vincent Descombes, dont le paradigme est l'être vivant, c'est-à-dire « un être capable de se déplacer tout seul, de lui-même, sans être poussé de l'extérieur<sup>37</sup> ». Cette subjectivité minimale est en même temps rassurante. Elle se diffuse et acquiert sa légitimité dans la socialisation du cerveau. Son usage abusif n'est pas nécessairement bénéfique pour les patients. Mais il peut en aller exactement de même avec la psychanalyse : le tout psychanalytique n'est pas une meilleure solution que le tout biologique. Aucune discipline n'est protégée de la tentation du programme fort.

### *La valeur sociale du cerveau*

Du stress aux schizophrénies en passant par les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression ou la dyslexie, la médiatisation des neurosciences est indubitable et le cerveau devient un personnage de l'imagination contemporaine. Des revues grand public (*Psychologie et cerveau*, en 2002), des manuels pour étudiants en psychologie (*Cerveau et psychologie*, en 2002, coll. « Premier cycle » aux Puf) et des guides pratiques sont publiés (*Comment mesurer vos compétences cognitives ? Comment contrôler vos émotions ? Développer le cerveau des enfants ? Trouver des susceptibilités neurologiques ?* etc.<sup>38</sup>). Nombre d'associations de patients en France sont aujourd'hui demandeuses de recherches en neurosciences. Les médias en parlent de plus en plus souvent et le cerveau fait parfois la une. On assiste à une nette valorisation *sociale* de la connaissance du cerveau qui se surajoute à la littérature portant sur la relation (de couple, parents-enfants, patrons-salariés, etc.) dans le discours public sur les patho-

---

37. V. Descombes, *la Denrée mentale*, *op. cit.*, p. 218, et sur la différence entre la subjectivité de l'automate et l'autonomie, voir p. 217-223.

38. Voir Ann Hulbert, *Raising America...*, *op. cit.*, chap. 10.



logies mentales et sur les bons comportements à adopter dans la vie quotidienne.

Le programme fort est sorti des laboratoires. Cela signifie qu'un langage naturaliste se diffuse dans la vie sociale. Il n'est d'ailleurs pas limité au cerveau. Le vocabulaire psychologique de l'attachement, de la résilience et du traumatisme et celui des techniques spiritualistes sont entrelacés dans celui de la neurologie. *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse* par David Servan-Schreiber, le premier grand succès populaire français des neurosciences, me semble très représentatif<sup>39</sup>. Il propose sept techniques qui sont les éléments d'une

nouvelle médecine des émotions [qui] est en train de naître un peu partout à travers le monde : une médecine sans psychanalyse ni Prozac<sup>40</sup>.

Ces techniques font toutes appel au corps à partir d'un principe de division du cerveau découvert par le neurologue Antonio Damasio : le « cerveau émotionnel » qui est « le cerveau du cerveau » et est insensible à la cognition et au langage. Le principe clinique consiste à reprogrammer le cerveau émotionnel en augmentant ses capacités, bien connues, paraît-il, d'autoguérisson. Les aptitudes qui dérivent de ce principe « sont les fondements de la maîtrise de soi et de la réussite sociale<sup>41</sup> ». La rencontre entre certains mouvements spiritualistes, notamment le bouddhisme, et les sciences cognitives est une tendance forte<sup>42</sup>.

### *Une réponse aux problèmes posés par la règle d'autonomie individuelle ?*

Il peut y avoir des croyances irrationnelles, voire mystiques à l'égard de la science, le contexte situationnel commandant le recours à ces croyances en leur donnant une valeur *sociale*. La distinction entre croyances rationnelles et irrationnelles est un problème classique en anthropologie : les « primitifs » croyaient-ils dans leurs pratiques magiques bien qu'elles n'aient guère d'efficacité<sup>43</sup> ? Cette question sur *leurs* relations à la magie devrait aussi être posée pour comprendre *nos* relations aux neurosciences. Je ne dis nullement que la biologie est une illusion et ne suis pas partisan du relativisme. Je souligne seulement que la biologie peut « fonctionner, dans notre vision du monde hypercivilisée, à peu près comme les forces occultes

---

39. D. Servan-Schreiber, *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Laffont, 2003.

40. *Ibid.*, p. 21.

41. *Ibid.*, p. 29.

42. Voir l'entretien de M. Ricard, interprète du Dalaï-Lama, *Le Monde*, 13 octobre 2003.

43. P. de Lara, *L'Homme rituel. Wittgenstein, sociologie, anthropologie*, 2004, à paraître.

de l'ancienne magie<sup>44</sup> ». C'est le cas quand une explication par les causes ajoute fort peu à une compréhension par les raisons. Dans son livre sur la sorcellerie chez les Azandes, Evans-Pritchard a puissamment montré que l'opposition rationnel/irrationnel était vide de sens et qu'il fallait relativiser cette opposition, parce que la plupart des gens ont une idée assez confuse de leur distinction. La sorcellerie « est une réponse à certaines situations et non un concept<sup>45</sup> ». Elle n'est pas une activité sacrée à côté des activités profanes. Elle ne fait pas l'objet d'une théorie générale. De même, la plupart d'entre nous possèdent une idée vague de ce qui est scientifique et de ce qui ne l'est pas. Il est alors parfaitement possible de s'appuyer sur la biologie dans des cas où elle n'est pas appropriée. On pourrait dire de nos notions scientifiques ce qu'Evans-Pritchard suggère de leurs notions mystiques : elles

sont éminemment cohérentes, reliées par un réseau de liens logiques et si ordonnées qu'elles ne contredisent jamais trop crûment l'expérience sensorielle. Au contraire, l'expérience semble les justifier<sup>46</sup>.

Les raisons sociales du succès populaire des neurosciences tiennent alors moins à leurs résultats scientifiques et pratiques qu'au style de réponse apportée aux problèmes posés par notre idéal d'autonomie individuelle généralisée. Elles permettent aujourd'hui de consoler ceux qui, en réalité la plupart d'entre nous, ont des difficultés à faire face à ce monde de décision et d'action qui s'est édifié sur les ruines de la société de discipline, celle qui connaissait ce respect de l'autorité dont la perte fait l'objet de lamentations quotidiennes. Mais les neurosciences suscitent également l'espoir que soit fourni à chacun des techniques de multiplication des capacités cognitives et de maîtrise émotionnelle, également indispensables dans un tel style de vie. C'est pourquoi les neurosciences ne sont pas extérieures à l'idée de « santé mentale », elles en sont la pointe scientifique et technologique. Les habitudes prises avec les consommations de médicaments psychotropes, de drogues et de substances dopantes, ces pratiques neurochimiques d'usinage de soi, ont largement préparé le terrain. L'extension des frontières de soi que recouvre la normativité de l'autonomie (valorisation de la réalisation de soi, de l'action individuelle, de la *self-ownership*) fait que les conditions semblent réunies pour qu'une représentation de soi comme cerveau malade constitue une référence sémantique appropriée.

C'est déjà le cas aux États-Unis au travers des transformations de l'autisme et de l'hyperactivité avec déficit de l'attention chez l'adulte.

---

44. J. Bouveresse, « L'animal cérémoniel », dans L. Wittgenstein, *Remarques sur le Rameau d'or de Frazer*, Paris, L'Âge d'homme, 1982., p. 123-124.

45. E. E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles, and Magic among The Azande*, Clarendon Press, Oxford University Press, 1976, p. 54. Il s'agit d'une édition abrégée.

46. *Ibid.*, p. 150. J'ai remplacé « leurs notions mystiques » par « nos notions scientifiques ».

Le critère qui rend possible l'usage d'une pathologie supposée cérébrale est l'*incapacité sociale* : c'est l'un des critères diagnostiques de l'autisme et le critère de l'hyperactivité. L'autisme, traditionnellement considéré comme un grave retard mental ou une psychose infantile, connaît un élargissement du diagnostic qui inclut des cas moins graves, les « Aspergers » (du nom du psychiatre autrichien qui a nommé ces syndromes en 1943<sup>47</sup>) : ils possèdent un QI normal, mais n'ont pas de « théorie de l'esprit », c'est-à-dire sont incapables de comprendre les interactions sociales habituelles, les sous-entendus du langage, les signes que l'on s'adresse dans la vie quotidienne et qui sont supposés être compris par tout le monde. Ces autistes de haut niveau, ces « Aspergers » ont souvent une intelligence normale, voire supérieure, ils ont parfois des talents particuliers. C'est la distance entre leurs compétences intellectuelles et leur incompétence sociale qui frappe. Les Aspies, comme ils se qualifient eux-mêmes, sont handicapés socialement, mais non stupides ou paresseux. Leurs déficits ne résultent pas de mauvais traitements parentaux ou d'un défaut de caractère, mais d'un cerveau qui fonctionne différemment de celui des gens normaux. Des classes d'apprentissage de compétences sociales commencent à être mises en place aux États-Unis et des groupes d'autosupport se constituent où un nombre croissant d'Aspergers « commence à célébrer leur propre et unique manière de voir le monde<sup>48</sup> », plaident pour une tolérance à la « neurodiversité » et se moquent des « neurotypiques ». Une sommité mondiale sur la question, Simon Baron-Cohen, professeur à Cambridge, a proposé en 2000 une conférence dont la question clé consistait à savoir s'il ne fallait pas finalement caractériser les Aspergers moins sous l'angle du handicap que sous celui de la différence du style cognitif<sup>49</sup>.

Le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, considéré jusqu'à présent comme une pathologie de l'enfance et de l'adolescence, toucherait de nombreux adultes désorganisés dans leur travail ou incapables d'accomplir une tâche correctement (4 % de la population adulte serait atteinte au Canada<sup>50</sup>). La reconnaissance du syndrome permettrait, grâce à une plus grande tolérance sociale, d'augmenter l'estime de soi de ces personnes et ainsi de mieux « assurer » dans la vie sociale. Là aussi des techniques d'entraînement à la vie sociale sont proposées.

Les *disabilities movements* promeuvent un nouveau langage de l'incapacité sociale revendiquant la tolérance et le droit à la différence

---

47. Le retard mental profond est l'autisme de Kanner. Le diagnostic date également de 1943.

48. Voir A. Harmon, "Answer, but no Cure, for a Social Disorder that Isolates Many", *New York Times*, 29 avril 2004 et "The Disability Movement turns to Brain", *ibid.*, 9 mai 2004.

49. S. Baron-Cohen, "Is Asperger's Syndrom/High Functioning Autism Necessarily a Disability?", <http://www.geocities.com>, 2000.

50. T. Pearce, "Too Distracted to Read this? We Thought so", *The Globe and Mail*, 15 mai 2004. Le National Institute for Mental Health a produit un guide pour les *learning disabilities*.

qui s'appuie sur la référence au cerveau. On aurait pu encore prendre l'exemple de syndromes neurologiques, comme celui de la Tourette (« la maladie des jurons »). Comme dans la version psychologue<sup>51</sup>, les notions de handicap et de différence de style de vie sont, du côté du pôle pathologique, une manière de réformer la prise en charge, et, du côté du pôle de la normalité, un style de justification des difficultés relationnelles dans les multiples situations de la vie courante, où la question de la responsabilité personnelle est soulevée. Elles sont là aussi un moyen d'exprimer les tensions de l'autonomie individuelle. Les versions psychologue et naturaliste forment les deux parties d'un tout : elles partagent *un esprit commun*.

### *Le cerveau a-t-il une utilité dans la vie sociale ?*

Mais il faut se demander si ce genre de déclaration peut se transformer en un langage acceptable pour justifier nos manières d'être et de faire dans la vie sociale ? L'enquête de l'anthropologue américain Joseph Dumit sur l'imagerie cérébrale et le roman de Jonathan Franzen donnent des éléments de réponse.

Joseph Dumit pense que, grâce à l'imagerie cérébrale, un « soi objectif » est en train d'apparaître, « une catégorie active de la personne qui se développe à travers des références au savoir des experts et est invoquée à travers des faits<sup>52</sup> ». En fabriquant un soi objectif, les techniques d'imagerie cérébrale

aident [...] les personnes souffrantes à négocier avec le fait des symptômes de la maladie mentale.

Ce fait est la stigmatisation sociale qui singularise les pathologies mentales. Dumit cite un neuro-imagiste et psychiatre clinicien :

Un des messages intrinsèques est que la dépression est quelque chose dont il ne faut pas avoir honte. C'est une maladie qui nécessite d'être comprise. Et ce n'est pas quelque chose qui est de leur faute.

On trouve ce genre de déclaration partout, mais la référence à la faute personnelle et à la stigmatisation est équivoque. Le problème qu'elle pose est qu'on n'a plus de critère pour distinguer entre faute (morale) et pathologie (mentale). Or, cette indistinction a pour le patient un prix qu'il faut évaluer. Les bénéfiques produits par le soi objectif consistent, par exemple, à pouvoir

contrôler ses propres émotions sans exercer nécessairement un jugement sévère à l'égard de soi-même<sup>53</sup>.

Mais c'est oublier que le jugement sévère à l'égard de soi-même est un symptôme, et même un symptôme caractéristique de la dépression, puisque l'une de ses principales caractéristiques est la baisse de l'es-

---

51. A. Ehrenberg, « Les transformations de la relation normal-pathologique... », art. cité.

52. J. Dumit, *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, op. cit., p. 164.

53. *Ibid.*, p. 166.

time de soi. Dans le thème de la stigmatisation, on confond donc deux choses : surmonter le stigmate et surmonter la pathologie.

Surmonter le stigmate a une fonction de réassurance. Mais elle peut enfermer le patient dans sa maladie. On le voit bien dans le livre de la journaliste Tracy Thompson<sup>54</sup>, qui se demande continuellement si c'est elle qui est responsable de sa maladie, et si elle doit alors en subir le blâme, ou son cerveau. Mais cette lancinante question reste sans réponse. Elle perd la bataille contre la honte et la culpabilité. Sa référence à son « soi objectif » ne lui permet que le choix d'un style de vie déprimé. « Elle s'est forgée une identification positive avec sa propre maladie du cerveau », écrit Dumit<sup>55</sup>, mais c'est un lot de consolation, un bénéfice secondaire, parce que là où il y a pathologie, l'opinion commune permet aujourd'hui de substituer un « style de vie différent » à une « pathologie ». Thompson essaye désespérément d'éviter la culpabilité et la honte – de surmonter le stigmate – au lieu de se confronter à elles, parce que ce sont des symptômes (idées obsédantes, etc.). Le trait de ces pathologies, c'est qu'elles sont des pathologies « morales ». Non des atteintes à la morale (une faute), mais des pathologies dont le symptôme est souvent un sentiment moral (culpabilité délirante dans la mélancolie, scrupules inhibants s'exprimant par la honte et la culpabilité dans la névrose obsessionnelle ou la dépression). C'est cette distinction qui est perdue dans la naturalisation et qui fait perdre de vue ce qu'est un problème psychopathologique. Bien sûr, on peut avoir honte d'être malade du cancer, mais dans une névrose obsessionnelle, ou une dépression, la honte a un autre statut, celui de symptôme. Dumit ne fait que reprendre les termes du programme fort sans évaluer sérieusement ses possibilités d'usage social.

Le roman de Jonathan Franzen, qui a connu un grand succès critique et commercial aux États-Unis et en France, dresse un portrait juste des limites de l'emploi d'un langage cérébral dans la vie sociale. Il montre sous quelle forme il peut servir à justifier ses propres actions dans un contexte (notion totalement oubliée d'ailleurs par l'anthropologue Dumit). Car le cerveau ne peut pas se vivre (sauf dans le cas de troubles neurologiques<sup>56</sup>), et s'il peut se voir à l'imagerie cérébrale, il n'a pas d'autre possibilité que de se dire dans la vie sociale.

Le roman met en scène un personnage à la recherche de la « Bonne Santé mentale<sup>57</sup> », qui pense son monde relationnel en s'appuyant sur

---

54. T. Thompson, *The Beast. A Journey Through Depression*, Plume Book, 1995.

55. J. Dumit, *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, op. cit., p. 161.

56. Voir le roman de Jonathan Lemme, *les Orphelins de Brooklyn*, Paris, L'Olivier, 2003 (trad. fr.), dont le personnage principal est atteint par le syndrome de Tourette. Ici, le cerveau compte, il fait pression sur les pensées du personnage qui y réagit par des tapes intempestives, des grossièretés ou des flux verbaux.

57. J. Franzen, *les Corrections*, Paris, L'Olivier, 2002 (*The Corrections*, 2001), p. 286.

une conception neurochimique et dont la préoccupation principale est de ne pas tomber dans la « dépression clinique » :

D'autres paroles réconfortantes apparaissaient nécessaires, mais Gary n'en trouva aucune. Il éprouvait un déficit critique en facteurs 1 et 3. Il avait eu le sentiment, quelques instants plus tôt, que Caroline était sur le point de l'accuser d'être « déprimé » et il craignait que, si l'idée qu'il était déprimé faisait son chemin, il ne perde tout droit à avoir des opinions. Il perdrait ses certitudes morales ; chaque mot qu'il prononcerait deviendrait un symptôme de maladie ; il ne l'emporterait plus jamais dans une querelle<sup>58</sup>.

Les variations d'humeur de Gary sont un enjeu de sa vie familiale. Contrairement à sa femme, Caroline, il ne l'a pas trouvée, la « Bonne Santé mentale ». De plus, il a opté pour la neurochimie alors que Caroline a choisi la psychothérapie. Les ingrédients du jeu entre les protagonistes sont là :

Après leur mariage, elle avait entrepris cinq années de psychothérapie bihebdomadaire que le thérapeute, lors de l'ultime séance, avait déclaré être « une parfaite réussite » et qui lui avaient conféré un avantage définitif sur Gary dans la course à la santé mentale<sup>59</sup>.

La guerre domestique se présente de la manière suivante :

Il attaquait cruellement sa *personne* [celle de Caroline] ; elle attaquait héroïquement sa *maladie*,

celle de Gary, maladie qu'il ne veut pas reconnaître et, surtout, dans laquelle il ne veut pas se laisser enfermer *en tant* qu'individu. Gary résout une petite crise conjugale en s'avouant cliniquement déprimé. Cet aveu (« Je me rends ») constitue le moment de la réconciliation du couple (« Merci », lui répond Caroline).

On voit à *quelles conditions sémantiques* les mots de la neurobiologie trouvent un emploi dans le quotidien : c'est parce qu'il existe un certain type de relations significantes entre Caroline et Gary, parce qu'il y a un monde commun entre eux, et un contexte du couple où le DSM, Prozac, la dépression sont devenus des éléments courants de nos vies, que le cerveau est utilisé par Gary : c'est un moyen dans un rapport de force avec sa femme. L'usage du cerveau est subordonné au style de relations adopté par le couple. Autrement dit, le cerveau de Gary (comme la psychothérapie de Caroline) est un élément pour agir dans le tout relationnel que forme le couple. L'échec cérébral de Gary, toujours « en rogne », est complémentaire de la réussite psychothérapeutique de Caroline, chez laquelle tout est toujours *under control*. C'est donc dans des relations significantes que l'on peut user du cerveau. Ici, l'enjeu est : qui a tort et qui a raison, autrement dit qui est responsable ? Car Gary veut bien être responsable de tout, sauf de lui-même. Et pour rappeler l'exergue :

---

58. J. Franzen, *les Corrections*, op. cit., p. 201.

59. *Ibid.*, p. 199.

Gary [...] avait de plus en plus de mal à croire que son problème n'était pas neurochimique, mais personnel.

Mais le lecteur doit évidemment comprendre que son problème est déjà, et dès le début, un problème personnel. Dans ce contexte, son usage du cerveau ne lui sert à rien.

Si l'on suivait Dumit, on pourrait penser que Gary utilise son soi objectif ou que c'est une question de biosocialité pour Thompson. Mais il est évident qu'il n'y a rien d'objectif dans la vie sociale de Gary (il est, au mieux, personnifié par sa neurochimie, et en aucune manière il n'est objectivé par elle). La neurochimie est une référence *pour agir dans une relation*. Cependant, elle ne l'aide pas plus à gagner le jeu que Thompson à se sortir de la dépression. Au lieu de parler du « façonnement du soi objectif », et d'entasser les Sois (objectif, subjectif, social, etc.), qui produisent plus un tas qu'ils ne montrent un agent social, on devrait parler du contexte permettant d'employer un tel langage de justification de l'action.

### *Contextes institutionnels et professionnels favorisant le programme fort*

Cependant, du côté du pôle pathologique, il existe un réel problème de stigmatisation, particulièrement aux États-Unis, et il est institutionnel. La popularité de l'approche naturaliste trouve une justification dans le thème de la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux que le dualisme corps-esprit et la distinction organique-fonctionnel favoriseraient. Un éditorial récent d'une grande revue américaine de psychiatrie nous déroule l'argument : un des problèmes posé par la séparation de la neurologie et de la psychiatrie est qu'elle perpétue le dualisme corps-esprit [...], source de stigmatisation des malades mentaux conduisant à un manque d'équité dans le remboursement des traitements psychiatriques par rapport à d'autres conditions médicales<sup>60</sup>.

La National Association for the Mentally Ill (NAMI), la plus importante association américaine de malades mentaux, défend une conception de la maladie mentale comme maladie du cerveau. La NAMI s'est fortement développée à partir de la fin des années 1970 quand la génétique moléculaire a commencé ses recherches sur les maladies psychiatriques<sup>61</sup>. C'est certes un choix de politique psychiatrique, mais le contexte de l'assurance-maladie aux États-Unis favorise ce choix (une vraie maladie, c'est-à-dire qui atteint le corps, est mieux remboursée) : le système institutionnel américain stimule, à la diffé-

---

60. Stuart C. Yudofsky et R. E. Hales, "Neuropsychiatry and the Future of Psychiatry and Neurology", art. cité, p. 1262.

61. A. Tobin, "Amazing Grace", in R. A. Carson et M. A. Rothstein (eds), *Behavioral Genetics...*, *op. cit.*

rence du français, une conception matérialiste. Il y a donc une justification pratique pour considérer ces pathologies comme des problèmes biologiques et médicaux avant tout. La conséquence des transformations de l'aide médicale est qu'aujourd'hui les psychiatres surmédiquent les patients par précaution et faute de pouvoir faire rembourser des psychothérapies coûteuses en temps et en hommes<sup>62</sup>.

Du côté des professionnels, il est possible que cette neurologisation de la psychiatrie, sous l'aile des neurosciences, soit un moyen pour les psychiatres de retrouver une place sociale et une identité professionnelle entre le monde des psychothérapeutes et des entrepreneurs de l'équilibre personnel (renouveaux religieux, groupes spiritualistes, etc.) qui draine une énorme clientèle (y compris parmi les patients consultant en médecine générale et psychiatrie), d'une part, et celui des médecins généralistes, d'autre part, qui disposent aujourd'hui de molécules très maniables et pratiquent 80 % des actes psychiatriques. Car la psychiatrie, en tant que discipline universitaire, est tenue de répondre avec ses propres moyens à la demande massive et multiforme de santé mentale et d'amélioration de soi. Or, cette discipline est travaillée par une tension récurrente entre une conception de l'homme comme être corporel et une conception adverse de l'homme comme être de langage, tension qui résulte de la spécificité des pathologies qu'elle traite : nombre de symptômes correspondent à des idées que l'on se fait de soi-même et d'autrui. Cette situation particulière qui entrelace la médecine, la morale et le social fait que la psychiatrie est à la fois médecine comme une autre et autre que la médecine. Dans le contexte d'explosion de la demande de santé mentale, cette situation fragilise la légitimité scientifique de cette profession qui est alors tentée, pour rester une médecine comme une autre, par la fuite en avant dans les outils sans tenir compte de la nature des phénomènes sur lesquelles ils agissent.

La psychiatrie doit donc, en tant que discipline médicale universitaire, faire en sorte que les idéaux de son public potentiel (chacun d'entre nous aujourd'hui) soient compatibles avec des normes scientifiques rigoureuses. Avec les neurosciences, la psychiatrie entre dans la *big science*. Elles fournissent le style adéquat qui rend crédible leur programme fort : elles ont des théories qui correspondent bien à nos représentations de l'individu (le cerveau est la version matérialiste de la totémisation de la personnalité<sup>63</sup>), des outils sophistiqués et spectaculaires (les techniques d'imagerie cérébrale), elles s'appuient sur la pointe la plus avancée de la science (la neurobiologie moléculaire) tout en permettant l'inclusion des psychologues et l'al-

---

62. Voir T. Luhrmann, *Of Two Minds. The Growing Disorder of American Psychiatry*, New York, Albert Knopf, 2000.

63. A. Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique... », art. cité.



liance avec la nébuleuse spiritualiste, ce qui multiplie les professions, acteurs et clientèles susceptibles d'être impliqués. Car c'est le même contexte qui fait simultanément peser sur chacun la responsabilité d'avoir à se construire par lui-même comme un tout autonome et pousse les scientifiques à proposer des solutions en partie illusoire à ce souci majeur des sociétés individualistes, à savoir, l'affirmation que non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » ne doit aujourd'hui être abordée sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. On comprend que la recherche de la Bonne Santé mentale encourage l'extension de la recherche neurobiologique vers les comportements sociaux et les sentiments moraux. Mais c'est aussi pourquoi ce qui est en train de se passer dans les laboratoires de neurosciences soulève des questions dépassant largement celles d'une sociologie de la science.

*L'alliance du mythe individualiste de l'intériorité  
et de l'autorité de la science*

Il y a en biologie un grand nombre de généralisations mais fort peu de théorie,

écrivait récemment François Jacob<sup>64</sup>. Le programme fort ne substitue-t-il pas une généralisation à une théorie ? Suffit-il de parier sur les outils de la biologie moléculaire et de développer des méthodes en abandonnant le travail conceptuel sur la nature des phénomènes que l'on entend étudier et sur lesquels on espère agir pratiquement ?

Quand des biologistes (et non *la* biologie) prétendent prouver que tout vient de l'intérieur (y compris le social), ils substituent à l'intériorité métaphysique une intériorité biologique : la métaphysique prend le visage d'une question scientifique. Qu'il y ait des aires cérébrales et des réseaux neuronaux activés ne prouve pas que la compréhension d'autrui réside dans un ressenti produit par le cerveau. En effet, « la compréhension empathique n'est pas un "sentir" ; elle est une aptitude à participer à une forme de vie<sup>65</sup> » – entre l'homosexualité institutionnelle de l'Athènes antique et l'orientation homosexuelle contemporaine, il n'y a aucun rapport, sinon la subjectivité minimale d'être vivant. Les mécanismes biologiques sont *dérivés* de la constitution sociale de l'homme qui englobe sa biologie. On ne comprendrait en effet plus pourquoi l'une des caractéristiques *naturelles* majeures de l'espèce humaine consiste à vivre en société, comme si ce n'était qu'une question d'option, comme si les nécessités de l'es-

---

64. F. Jacob, *Qu'est-ce que la vie ?*, Paris, Odile Jacob, coll. « Université de tous les savoirs », vol. 1, 1999.

65. H. G. Von Wright, cité par J. Bouveresse, « L'animal cérémoniel », *op. cit.*, p. 104.

pèce n'étaient pas sociales. Supposons que l'on découvre un jour les mécanismes biologiques de la culpabilité, de la honte, de l'angoisse. N'aurions-nous pour autant plus aucune *raison* (sociale et morale) de nous sentir coupables, honteux, angoissés ? Ces sentiments jouent un rôle logique et anthropologique aussi indispensable à l'être humain *pour vivre* que son corps. Nous sommes donc équipés biologiquement pour vivre comme des êtres sociaux. Cela implique de prendre comme critère du mental non l'intériorité, mais la signification<sup>66</sup>, autrement dit la normativité sociale : sans corps, il n'y a pas d'être humain, mais sans vie sociale, sans monde commun non plus.

Alain Ehrenberg

---

66. Voir V. Descombes, « Le mental », dans A. Ehrenberg et A. M. Lovell (sous la dir. de), *la Maladie mentale en mutation*, *op. cit.*