



HAL
open science

L'émergence des psychothérapies assistées au LSD (1950-1970)

Zoë Dubus

► **To cite this version:**

Zoë Dubus. L'émergence des psychothérapies assistées au LSD (1950-1970). *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2022, 181, pp.96-100. 10.1016/j.amp.2022.11.002 . hal-03915189

HAL Id: hal-03915189

<https://hal.science/hal-03915189v1>

Submitted on 17 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'émergence des psychothérapies assistées au LSD (1950-1970)

The emergence of LSD-assisted psychotherapies (1950-1970)

Zoë Dubus

TELEMM, Aix-Marseille Université, 13090 Aix-en-Provence, France
Institut des humanités en médecine, CHUV, Lausanne, Suisse

Résumé :

Au début des années 1950, une nouvelle substance psychotrope apparaît dans le champ de la psychiatrie, le LSD-25. Faisant partie des médicaments les plus étudiés de la période 1950-1970, le LSD est employé dans une grande variété d'indications. Ses effets sont notamment rapidement considérés comme thérapeutiques lorsque sa prise est associée à une psychothérapie. Des thérapeutes élaborent alors de nouveaux concepts visant à améliorer la prise en charge des sujets sous l'influence de LSD, rassemblés sous l'expression de *set and setting*. Désormais, la relation entre les thérapeutes et les patients se fait plus horizontale : les premiers doivent s'assurer de créer une alliance thérapeutique, un environnement sécurisant et rassurant pour les seconds. Deux modèles de psychothérapie sont également développés : la thérapie psycholytique et la thérapie psychédélique. Ces psychothérapies d'un nouveau genre sont réalisées à la fois à l'hôpital, dans des services spécialement construits pour les mettre en place et en psychiatrie libérale. Cet article vise à présenter l'émergence de ce modèle thérapeutique avec ses différents courants, les acteurs investis dans cette recherche au niveau international et les problématiques soulevées par ces nouvelles méthodes en rupture avec les pratiques traditionnelles.

Mots clefs : Hallucinogènes ; Histoire de la psychiatrie ; LSD ; Pharmacopsychologie ; Psychothérapie ; Psychotrope

Abstract :

*In the early 1950s, a new psychotropic substance appeared in the field of psychiatry, LSD-25. As one of the most studied drugs of the 1950-1970 period, LSD was used in a wide variety of indications. In particular, its effects were quickly considered therapeutic when taken in conjunction with psychotherapy. It was also used to train health care personnel: therapists were recommended to self-experiment with the substance in order to develop empathy towards subjects under the influence of psychedelics, but also towards their psychotic patients in general. LSD was indeed classified as a "psychotomimetic", i.e. a drug that mimics psychosis. Thus, temporarily experiencing an artificial psychosis was intended to allow caregivers to better manage their patients. These practices led to the development of new concepts to improve LSD-assisted psychotherapy, known as *set and setting*. From then on, the relationship between therapists and patients was more horizontal: the former had to make sure to create a therapeutic alliance, a secure and reassuring environment for the latter. Two models of psychotherapy were also developed: psycholytic therapy and psychedelic therapy. The first was based on a large number of sessions with increasing, but still medium, doses. The idea was that the patient would gradually discover the effects of the substance, releasing the defense mechanisms in order to accelerate the psychotherapeutic process. This therapeutic model was particularly used in Europe, where many therapists developed it. Psychedelic therapy, on the other hand, involved giving high doses of LSD in order to create a deep and transformative experience in one to three sessions, generating new behaviors. These new kinds of psychotherapies were carried out both in hospitals, in services specially built to implement them and in private psychiatry. This article will present the emergence of this therapeutic model with its different currents, the actors involved in this research at the international level and the problems raised by these new methods which break with traditional practices. It will also indicate the methodological differences between the French practices and the proposals related to *set and setting* which were elaborated by English, German, Canadian or American therapists.*

Keywords :Hallucinogen ; History of Psychiatry LSD ; Pharmacopsychology ; Psychotherapy ; Psychotropic

C'est en 1943 qu'Albert Hofmann découvre par hasard les propriétés psychotropes du LSD et à partir de 1947 que le laboratoire Sandoz, dans lequel il travaille, envoie à des médecins et des scientifiques du monde entier des échantillons gratuits de la substance. Il s'agit de lui trouver des indications thérapeutiques mais également de permettre aux chercheurs de faire des expériences sur le cerveau. Dès 1950, deux psychiatres américains, Busch et Johnson, font l'hypothèse que le LSD, grâce à sa propriété de faire émerger à la conscience un matériel psychique très dense et de faire des associations d'idées nouvelles, puisse permettre d'accélérer le processus psychothérapeutique [4]. Leur point de départ est la constatation des « nombreux échecs » des techniques de choc alors en usage en psychiatrie, dont la narco-analyse et le coma insulinaire. La plupart de leurs patients (29 en tout) se montrent plus à même d'évoquer leurs émotions et leurs souvenirs, même dans les cas de patientes catatoniques : « nous avons été impressionnés par les diverses tentatives faites par la plupart des patients pour établir une sorte de relation interpersonnelle avec les soignants ». En 1952, le psychiatre américain Charles Savage étudie le potentiel thérapeutique des psychothérapies assistées au LSD contre la dépression [34]. A partir de ces travaux, l'intérêt pour le LSD ne fait que croître. Rapidement, des thérapeutes expérimentent donc la substance comme adjuvant de la psychothérapie.

Jusqu'aux années 1950, la psychiatrie reposait sur deux modèles thérapeutiques distincts : les thérapies de choc (coma insulinaire, lobotomies, électrochocs et narco analyse par exemple) qui existaient depuis les années 1930, et la psychanalyse [8]. Les années 1950 vont bouleverser ce paradigme en ouvrant une troisième voie, celle de la psychopharmacologie, grâce à deux types de substances bien différentes, les neuroleptiques et les psychédéliques. Si les premiers étaient administrés à la manière de médicaments classiques, à prendre chaque jour, les psychédéliques quant à eux s'utilisaient lors de séances de psychothérapies plus ou moins fréquentes. Elles visaient à faire revivre aux patients des souvenirs, à leur permettre d'avoir ce que les médecins appelaient des « révélations intuitives » sur eux-mêmes, sur leurs relations aux autres par exemple. Le médicament permettait de mieux exprimer ses émotions tout en facilitant leur compréhension [33]. Contrairement aux autres méthodes impliquant l'administration de psychotropes existant jusqu'alors, comme la narco-analyse, les patients restaient conscients tout au long de l'expérience et gardaient en mémoire tout ce qu'il s'était passé, ce qui permettait dans des séances ultérieures, sans prise de LSD, de discuter et d'intégrer tous les éléments qui avaient émergé pendant l'expérience.

A cette époque, la communauté scientifique attend des médecins qui souhaitent utiliser le LSD avec leur patientèle qu'ils aient une expérience personnelle de la substance : on estime alors qu'étant entendu que l'expérience est ineffable, c'est-à-dire que le vocabulaire disponible est incapable de retranscrire véritablement les effets du produit, il est nécessaire, pour en être expert, d'en avoir consommé soi-même et de manière répétée. On retrouve donc dans la presse médicale de l'époque des comptes rendus d'expériences faits par des médecins. Voici par exemple celui d'Henri Gastaut, neurologue à l'INSERM à Marseille, l'un des premiers scientifiques à étudier le LSD en France :

« Le plus souvent la mimique était euphorique, accompagnant des gestes rapides et nombreux et une fluidité verbale remarquable, le sujet exprimant des impressions agréables dans un langage cohérent. Le Rorschach montrait alors un protocole décontracté et épanoui, avec un nombre accru de réponses richement affectives et humaines, traduisant une augmentation de la sociabilité déjà bien mise en évidence par l'agissement du sujet. A titre d'exemple, nous

signalerons que le médecin qui s'était soumis à l'effet du LSD 25, d'habitude remarquable par sa discrétion extrême, ne pouvait s'empêcher de parler et de plaisanter ; il interrompait sans cesse le travail du chef de service, auquel il n'adressait pas la parole en temps normal et il tachait de l'entraîner dans des jeux de mots [19] ».

Ce témoignage est particulièrement représentatif des autoexpérimentations qui se multiplient alors. Ainsi, les expériences au LSD faites par des membres du corps médical se caractérisent en général par leur teinte positive, euphorique voire émerveillée. Or ce type de sensation n'est souvent pas retrouvé chez leurs patients : on constate par exemple dans les comptes rendus d'observations de Jean Delay, faites à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne à Paris sur 75 femmes de son service, des expériences dominées par la peur, l'anxiété, le sentiment d'être en train de devenir folle ou de mourir [9]. Il existe donc une grande dichotomie entre les expériences vécues par des membres du corps médical et celles des patients. Faisant ce constat, des thérapeutes engagés dans les psychothérapies assistées au LSD vont élaborer une nouvelle méthode d'administration de la substance, à partir de leurs propres expériences. Ces techniques sont rassemblées sous l'expression de « set and setting » [22]. Cette méthodologie s'oppose en bien des points à la thérapie classique assistée au LSD telle que pratiquée alors, comme le résume le tableau suivant (Tableau 1) [12] :

Tableau 1

Caractéristiques de la psychothérapie assistée au LSD avec attention au set and setting, Dubus (2021).

Thérapie avec <i>set and setting</i>	Thérapie classique
Informé le patient, établir des relations étroites avec lui avant de lui donner le médicament. Alliance thérapeutique	Pas d'information systématique, pas toujours de psychothérapie préalable
Cadre chaleureux et familial, stimulations sensorielles (peintures, fleurs, photos, musique ...)	Cadre hospitalier froid et impersonnel
Calme	Peu de stimuli sensoriels
Lumière tamisée	Allées et venues
Bienveillance, soutien, contact physique	Eclairage au néon
	Attitude « disciplinée » voire patient attaché
	Le contact physique est tabou
Présence continue du thérapeute	Patient laissé seul de longues heures
Nourriture et boissons sucrées	

Dans la nouvelle forme de thérapie, les médecins s'intéressaient à l'état d'esprit du patient, l'informaient sur les effets attendus, ce qui n'était pas le cas auparavant, tissaient une relation de confiance pour que le sujet se sente en sécurité durant la séance. Ces éléments constituent le « set ». Ils organisaient et décoraient la pièce dans laquelle avait lieu la prise de LSD. On prête donc attention au cadre, « setting » en anglais. L'attitude même des psychiatres est repensée : il est recommandé d'accompagner physiquement les patients pour les soutenir s'ils traversent des moments difficiles pendant la séance, donc de leur prendre la main, de leur caresser les cheveux, voire de les prendre dans les bras pour les rassurer [7]. Au contraire, dans la thérapie classique, le LSD est compris comme un médicament traditionnel : on ne se questionne pas sur le bien-être du patient, ni sur sa préparation ou sur la décoration de la pièce dans laquelle il va prendre la substance, pas plus que sur l'attitude que doit adopter le psychiatre. D'ailleurs, la personne est souvent laissée seule et le toucher tabou : à l'époque certains thérapeutes refusent même de serrer la main de leurs patients de peur de nuire au processus de transfert [27]. Lorsqu'ils s'agitent (par exemple s'ils sont angoissés à cause des effets pour lesquels ils n'ont pas été préparés), des

médecins recommandent de les attacher à leurs lits. En conséquence, en fonction du modèle choisi l'expérience et donc les résultats thérapeutiques observés étaient très différents.

Concrètement, quelle était la nouvelle approche thérapeutique ? D'abord la prise en charge se séparait en trois types de séances : des séances de préparation où le thérapeute répondait aux questions du patient, le rassurait, apprenait à le connaître. Puis, venait la ou les séances avec le médicament et enfin d'autres séances, a posteriori, d'intégration. L'idée était de laisser le patient mener l'expérience, de lui permettre de s'occuper comme il le souhaitait (par exemple de peindre, s'allonger, faire de la poterie ou frapper dans des cartons vides pour extérioriser sa colère, être silencieux ou discuter) [16]. Le thérapeute ne devait pas tenter d'orienter ou de diriger l'expérience. L'attitude du médecin devait être empathique et curieuse à l'égard du processus thérapeutique de son patient, sans adopter une communication directive. Certains utilisaient des masques ou des serviettes pour couvrir les yeux des individus, au moins pendant une partie de la séance, afin d'approfondir l'introspection. De la musique était également diffusée dans cette même indication [25] et le thérapeute rassurait si besoin le patient tout en l'encourageant à ne pas résister aux effets ou aux souvenirs qui émergeaient. Ces nouvelles propositions sont particulièrement développées par des femmes, à l'image de la psychiatre Joyce Martin et de la psychanalyste Margot Cutner en Angleterre, ainsi que de la psychologue américaine Betty Eisner [10]. Ces thérapeutes préconisaient ainsi un accompagnement maternant, impliquant un grand investissement émotionnel et affectif de la part du médecin.

Deux modèles de psychothérapie furent alors inventés : la thérapie psycholytique et la thérapie psychédélique. Dans la première, il s'agit de donner des doses croissantes de LSD jusqu'à arriver à des doses moyennes (mais jamais fortes), afin de permettre au patient de découvrir progressivement les effets de la substance, de relâcher ses mécanismes de défenses et ainsi d'accélérer la psychothérapie. Ronald Sandison dirige dans les années 1950 l'un des premiers services hospitaliers spécialement dédiés aux psychothérapies assistées au LSD, le « LSD Block », construit en 1955 dans l'hôpital de Powick, en Angleterre. C'est là qu'il développe le concept d'alliance thérapeutique à appliquer aux séances avec LSD sans laquelle « les patients auraient pu imaginer, de manière réaliste, qu'ils font partie d'une expérience de laboratoire » [32]. Le bien-être, le confort et l'information des sujets étaient centraux pour l'obtenir, et, par-dessus tout, le respect mutuel. La reconnaissance des travaux de Sandison est immédiate et internationale. Cette méthode, enrichie par les travaux du psychiatre allemand Hanscarl Leuner, fut surtout utilisée en Europe. La Société européenne pour la thérapie psycholytique est ainsi créée en 1964 [26]. On estime que dans les années 1960, dix-huit centres européens pratiquaient cette forme de psychothérapie et plus de 7000 patients peuvent être dénombrés dans la littérature scientifique produite sur le sujet à l'époque [30]. Le nombre total de patients ayant reçu ce traitement est donc bien plus important ; Joyce Martin déclarait par exemple en 1966 avoir pris en charge à elle seule plus de 1000 patients en onze ans, tant dans l'hôpital dans lequel elle travaillait que dans sa pratique de ville [38].

La thérapie psychédélique, quant à elle, est surtout employée au Canada et aux Etats-Unis ; elle repose sur une à trois séances avec administration de fortes doses visant à créer une expérience intense, source de changement de la personnalité grâce à un renouvellement de la vision de soi et du monde [35]. Cette forme fut particulièrement employée avec des patients présentant des addictions résistantes aux autres formes de traitements ainsi qu'à des individus névrosés, pour un total d'environ 2500 patients présentés dans des études cliniques [30]. Là encore, le nombre réel de personnes ayant reçu ce traitement est difficile à estimer mais devait être bien plus élevé : le psychiatre américain Oscar Janiger, qui faisait payer

100 dollars la séance et comptait dans sa patientèle les plus grandes stars de l'époque, comme Cary Grant ou Jack Nicholson, déclarait avoir reçu 848 patients en sept ans [36].

En France, ces thérapies n'ont pas été utilisées : les médecins français restent dans le cadre thérapeutique des thérapies de choc et n'emploient pas le set and setting ([11] ; [14]). En référence au terme proposé par Delay pour caractériser le LSD et les autres psychédéliques, nous nommerons ici ce modèle thérapeutique les « thérapies psychodysleptiques ». On peut estimer d'après nos recherches qu'environ 500 patients reçurent du LSD en France dans des structures hospitalières durant la période, principalement dans un but expérimental et non psychothérapeutique ([9] ; [17] ; [24] ; [41] ; [3]). Les sources manquent à l'heure actuelle pour étudier l'usage de la substance par des thérapeutes dans le cadre de leur pratique privée. Toutefois, l'exemple du psychologue André Virel indique que des tentatives de psychothérapie psycholytique ont également existé en France, sans que ces expériences ne soient ensuite publiées [40].

Le tableau suivant (Tableau 2) résume les caractéristiques des différentes formes de psychothérapies employées avec le LSD entre les années 1950 et le début des années 1970 :

Tableau 2

Différentes formes de psychothérapies assistées au LSD dans les années 1950-1970

Nom	Thérapie psycholytique	Thérapie psychédélique	Thérapie psychodysleptique
<i>Zones d'usage</i>	Europe	USA-Canada	France
<i>Pionniers</i>	Hôpital de Powick Angleterre Ronald Sandison / Hanscarl Leuner Allemagne	Weyburn, hôpital de Saskatchewan Canada Abram Hoffer, Humphry Osmond	Hôpital Sainte-Anne France Jean Delay
<i>Dimension thérapeutique</i>	Approfondir et accélérer le processus habituel de la psychothérapie	Créer une expérience unique « si profonde et impressionnante que son expérience de vie dans les mois et les années à venir devient un processus de croissance continue » [35]	Produire un choc psychique Conception pathologique des effets du LSD
<i>Fréquence</i>	Séances nombreuses (10 à 50 en moyenne) répétées à intervalles d'une à deux semaines	Une à trois séances très espacées	Intervalle d'une semaine Nombre de séance variable sans dépasser la dizaine
<i>Dose</i>	Doses moyennes et croissantes : début à 25 µg Moins de 150 µg à la fin	Doses fortes : plus de 200 µg En général pas au-delà de 600 µg	De 1 à 2 µg/kilo

<i>Durée de la séance</i>	Jusqu'à la fin des effets	Jusqu'à la fin des effets	Arrêt par injection de chlorpromazine au bout d'une à deux heures en moyenne
<i>Set and setting</i>	Oui	Oui	Non
<i>Alliance thérapeutique</i>	Oui	Oui	Non

Deux conceptions s'opposent ainsi dans le modèle thérapeutique à employer pour effectuer des psychothérapies assistées au LSD : dans l'un, caractérisé par l'école française, la substance n'est pas distinguée de ses prédécesseurs, les barbituriques et les amphétamines. Le choc, « l'effraction » et « l'angoisse » [41] sont de mise pour obtenir une hypothétique guérison. Dans les thérapies psycholytiques et psychédéliquies au contraire, une nouvelle réflexion autour des patients, de leur choix, de leur préparation, de leur accompagnement se met en place ; le LSD n'est plus un médicament classique, il nécessite un renouvellement des pratiques.

Cependant, ces nouvelles propositions ne sont pas généralement adoptées. D'abord parce que les méthodes ne sont souvent pas décrites dans les articles : les médecins qui souhaitaient réaliser des psychothérapies avec leurs patients repartaient donc de zéro et « tâtonnaient » pour élaborer leur modèle thérapeutique. Il existait également des contraintes économiques, financières, empêchant la mise en place de ces principes : après la Seconde Guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques étaient surchargés, recevaient peu de fonds publics [23], ne disposant souvent que d'un médecin pour des centaines de patients [18]. Dans ces conditions, les structures n'avaient pas de locaux permettant d'organiser des séances selon les préceptes du set and setting. L'historien Hervé Guillemain a montré comment les institutions psychiatriques de cette époque recherchaient au contraire une technique « facile d'utilisation, économe en moyens humains, peu coûteuse » [21]. Aucune formation ne permettait en outre de préparer les médecins et les autres personnels soignants à une telle prise en charge. On constate enfin des résistances plus directes, ces techniques remettant en cause beaucoup de normes de la psychiatrie d'alors et par exemple des normes de genre. Les psychiatres, majoritairement masculins, devaient traditionnellement adopter un rôle de retenue, de fermeté, d'endurance face à la souffrance. Au contraire, les infirmières, en tant que femmes, avaient un rôle presque « naturel » pour l'époque de maternage et de bienveillance. Or la thérapie assistée au LSD avec attention portée au set and setting supposait d'adopter pour les psychiatres une attitude non seulement de subalterne, mais de surcroît féminine. Ces normes hiérarchiques et genrées étaient très difficiles à transgresser.

Au fil des années 1960, le paradigme scientifique change : après des scandales sanitaires comme celui de la Thalidomide, se mettent en place des règles d'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des médicaments. S'élaborent alors les normes d'évaluation en double aveugle contre placebo. L'idée est d'être le plus objectif possible dans l'analyse des vertus thérapeutiques des médicaments en excluant toute variable extra-pharmacologique. Or, comme on l'a vu, le LSD n'était pas seulement utilisé comme un médicament traditionnel : le produit permettait de faciliter et d'accélérer la psychothérapie, et nécessitait, pour en tirer tous les bénéfices, de mettre en place un grand nombre d'éléments indépendants de la seule chimie. Dans ces conditions, il était impossible de l'évaluer selon ces nouvelles normes, d'autant plus que l'étude en double aveugle n'était pas non plus réalisable : très rapidement, le médecin comme le sujet se rendaient compte de la prise de LSD ou d'un placebo. Dès lors, les équipes qui tentaient d'étudier la substance en utilisant ces normes ne parvenaient pas à reproduire les résultats très positifs présentés par les chercheurs utilisant le set and setting ([28] ; [29]). Au contraire, leurs résultats étaient mauvais voire nuls. Sur fond de condamnation morale liée à l'usage hors cadre médical du LSD aux Etats-

Unis par des mouvements de contreculture [15], cette situation rend de moins en moins crédibles les thérapeutes effectuant des psychothérapies assistées au LSD [20] et, au début des années 1970, la substance est définitivement classée dans la liste des stupéfiants sans intérêt thérapeutique. Les travaux sur le LSD sont désormais perçus comme des « erreurs de parcours » que l'on évite d'évoquer ; le contexte thérapeutique est quant à lui entièrement tourné vers les neuroleptiques, qui révolutionnent la psychiatrie. La recherche sur les psychédéliques n'est théoriquement pas interdite, mais les contraintes administratives, légales et financières rendent de fait impossible leur maintien, ce que dénonçait dès 1967 le psychiatre français Pierre Deniker dans la discussion d'une séance de la Société Médico-Psychologique ([13] ; [2]).

Depuis près de vingt ans pourtant, ces études reprennent un peu partout dans le monde [1] au point de qualifier cette évolution de « Renaissance », et sont désormais appuyées par les données des neurosciences, qui démontrent l'importance des facteurs extrapharmacologiques dans l'expérience psychédélique, ce qui légitime les techniques du set and setting ([31] ; [6]). Ces recherches biomédicales font aujourd'hui l'objet d'une médiatisation intense où le LSD est souvent présenté comme une panacée des maux de la société actuelle : traitement révolutionnaire de la dépression, médicament inespéré de l'alcoolisme, il serait aussi un produit « cosmétique » permettant d'être plus performant au travail pour se conformer toujours plus au modèle capitaliste [39]. Des médias diffusent ainsi des conférences dans lesquels les intervenants assènent que « Les psychédéliques sont l'équivalent de 10 000 heures de psychothérapie en quatre heures » [5]. De telles affirmations sensationnalistes sont particulièrement dommageables pour ce champ encore émergent. Elles opposent notamment psychothérapie et psychédéliques en faisant reposer le processus curatif sur la seule action pharmacologique tout en faisant croire à une solution instantanée procurée par ces substances, quand un travail important d'intégration, sur le long cours, doit en réalité être mené pour espérer obtenir un effet thérapeutique. Pour être efficace, la « thérapie psychédélique » ne peut ainsi se dissocier de la psychothérapie. Comme l'explique le psychiatre Christian Sueur, « il est donc d'un intérêt supérieur de ne pas abandonner la recherche et la pratique sur les processus psychothérapeutiques, au profit d'une approche qui serait trop exclusivement comportementaliste et neuropharmacologique » [37].

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Artru E, Rabeyron T. Psychédéliques, psychothérapie et symbolisation : une revue de littérature dans le champ de la dépression. *L'Evolution Psychiatrique* 2021;86:591–616. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.03.013>.
- [2] Bensoussan PA, Joannides A-A. A propos de l'expérience psychédélique (Suite). *Ann Méd Psychol* 1967;125:112–6.
- [3] Borenstein P. Compte rendu d'activité du laboratoire de psychopharmacologie neurophysiologique de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes à l'Hôpital de Villejuif. Archives Nationales, Santé ; Institut National de La Santé et de La Recherche Médicale (INSERM) (1947-1972), Fonctions et Maladies Du Cerveau 1977;1535/130, CR6604; 1967.
- [4] Busch AK, Johnson WC. L.S.D.25 as an aid in psychotherapy; preliminary report of a new drug. *Dis Nerv Syst* 1950;11:241–3.

- [5] Can Psychedelics Improve Mental Health ? A Conversation with Christian Angermayer and Uma Thurman. Conférence Pour Le Milken Institute, Californie 2021.
- [6] Carhart-Harris RL, Roseman L, Haijen E, Erritzoe D, Watts R, Branchi I, et al. Psychedelics and the essential importance of context. *J Psychopharmacol* 2018;32:725–31. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881118754710>.
- [7] Cutner M. Analytic work with LSD 25. *Psych Quar* 1959;33:715–57. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01562041>.
- [8] Debauche M. Marché des médicaments psychotropes: construction historique d'une dérive, Conférence-débat. *Prescrire* 2008;1–4.
- [9] Delay J, Benda P. L'expérience lysergique LSD-25. A` propos de 75 observations cliniques. *Encéphale* 1958;3-4:169–209 [309-44].
- [10] Dubus Z. Women's Historical Influence on "Set and Setting". Chacruna 2020 [En Ligne] <https://ChacrunaNet/Women-and-History-of-Set-and-Setting/>, Consulté Le 01/10/2020.
- [11] Dubus Z. Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine Histoire Médecine et Santé 2020;87–105.
- [12] Dubus Z. Le LSD « psychédélique » ou « psychodysléptique » ? *L'Information Psychiatrique* 2021;97:803–8. <http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2021.2343>.
- [13] Dubus Z. Le traitement médiatique du LSD en France en 1966: de la panique morale à la fin des études cliniques. *Cygnenoir* 2021;9:36–62. <http://dx.doi.org/10.7202/1091460ar>.
- [14] Dubus Z. Women, mental illness and psychedelic therapy in postwar France. In: *Global History of Psychedelics*. Cambridge: MIT Press; A paraître; 2022.
- [15] Dyck E. *Psychedelic Psychiatry: LSD from Clinic to Campus*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2008.
- [16] Eisner BG. The importance of the non-verbal. In: Abramson HA, editor. *The Use of LSD in Psychotherapy and Alcoholism*. New-York: The Bobbs-Merrill Company; 1967. p. 542–60.
- [17] Ey H, Igert C, Lairy G. Etat des recherches portant sur les hallucinogènes et les hallucinolytiques effectuées en 1958 au C. T. R. S. du docteur Henri Ey par le dr H. Ey, le dr C. Igert, Mme le dr Lairy; 1959.
- [18] Fride A. CHARENTON ou la chronique de la vie d'un asile de la naissance de la psychiatrie a` la sectorisation. Thèse de psychologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 1983.
- [19] Gastaut H, Ferrer S, Castells C, Nicolle N, Luschnat K. Action de la diéthylamide de l'acide d-lysergique (LSD 25) sur les fonctions psychiques et l'électroencéphalogramme. *Stereotact Funct Neurosurg* 1953;13:102–20. <http://dx.doi.org/10.1159/000105400>.
- [20] Giffort D. *Acid Revival: the psychedelic renaissance and the quest for medical legitimacy*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2020.
- [21] Guillemain H. Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970). *Revue d'histoire moderne contemporaine* 2020;67:72–98.
- [22] Hartogsohn I. *American trip: set, setting, and the psychedelic experience in the twentieth century*. Cambridge: MIT Press; 2020.
- [23] Henckes N. Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970. Thèse de sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 2007.

- [24] Lanter R, Weil J, Roth M. Note à propos de l'utilisation diagnostique et thérapeutique des drogues hallucinogènes (mescaline-LSD-25). *Ann Med Psychol* 1962;II(2):244–53.
- [25] Lett S. How music therapists helped build psychedelic therapy. Chacruna 2020 [En ligne] <https://chacruna.net/how-music-therapists-helped-build-psychedelic-therapy/>.
- [26] Leuner H. Present state of psycholytic therapy and its possibilities. In: Abramson HA, editor. *The use of LSD in psychotherapy and alcoholism*. New-York: The Bobbs-Merrill Company; 1967. p. 101–16.
- [27] Marks S. From experimental psychosis to resolving traumatic pasts: psychedelic research in communist Czechoslovakia, 1954-1974. *Cahiers du monde russe* 2015;56:53–76.
- [28] Oram M. Efficacy and enlightenment: lsd psychotherapy and the drug amendments of 1962. *J Hist Med Allied Sci* 2014;69:221–50. <http://dx.doi.org/10.1093/jhmas/jrs050>.
- [29] Oram M. *The trials of psychedelic therapy: lsd psychotherapy in America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2018.
- [30] Passie T. *Psycholytic and psychedelic therapy research 1931-1995: a complete international bibliography*. Hannover: Laurentius Publishers; 1997.
- [31] Roseman L, Nutt DJ, Carhart-Harris RL. Quality of acute psychedelic experience predicts therapeutic efficacy of psilocybin for treatment-resistant depression. *Front Pharmacol* 2018;8:1–10. <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2017.00974>.
- [32] Sandison R. *A century of psychiatry psychotherapy and group analysis: a search for integration*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
- [33] Sandison R, Spencer A, Whitelaw J. The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *J Mental Sci* 1954;100:491–507. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.100.419.491>.
- [34] Savage C. Lysergic acid diethylamide (LSD-25) A Clinical-Psychological Study. *AJP* 1952;108:896–900. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.108.12.896>.
- [35] Sherwood JN, Stolaroff MJ, Harman WW. *The psychedelic experience. A new concept in psychotherapy*. *J Neuropsychiatr* 1962;4:69–80.
- [36] Siff S. *Acid hype: American news media and the psychedelic experience*. Urbana: University of Illinois Press; 2015.
- [37] Sueur C. Evolution historique et place du concept de psychothérapie dans les thérapies psychédéliques. Séance plénière du colloque ATHS : Des psychédéliques en santé mentale, Biarritz : Addictions Toxicomanies Hépatites SIDA; 2021.
- [38] The cure for homosexuals. *The People Sunday* 1966:10.
- [39] Vernon H. Silicon Valley's extreme new productivity hack: LSD. *British GQ*; 2019.
- [40] Virel A. Approches psychophysiologicals de l'imagerie mentale. *Bull Psychol* 1971;24:682–92.
- [41] Weil J. *Essai d'utilisation des psychodysléptiques dans le traitement des alcooliques en hôpital psychiatrique*. Strasbourg: Thèse de médecine; 1965.