Contre la médicalisation du malaise Jean-François Lebrun

Christopher Lane, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Paris, Flammarion, 2007, 381 p., 26 Euros.

L'ouvrage original lors de sa publication aux Etats-Unis en 2007, titrait : « Comment, de conduite normale, la timidité devint maladie ». L'auteur de ce best-seller nous livre un essai polémique contre le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, l'ainsi nommé *DSM*. Elisabeth Roudinesco a salué ce livre, elle qui compare le contenu de l'étrange *Manuel* statistique aux thèses aberrantes du Docteur Knock¹. Christopher Lane en effet s'en prend à la psychiatrie, ce qu'il en reste, comme à la collusion de cette dernière avec les firmes pharmaceutiques. Il a basé son travail sur les archives de l'*American Psychiatric Association* (APA), des inédits rendus récemment accessibles. Sont citées également, des notes ayant circulé entre dirigeants d'entreprises pharmaceutiques, ainsi que certains documents exprimant de graves inquiétudes sur les effets secondaires de médicaments pourtant largement répandus. Il rend compte aussi du contenu d'entretiens menés avec certains protagonistes importants du *DSM III*, ainsi qu'avec certains chercheurs.

Un texte politique

L'auteur est professeur à l'université NorthWestern de Chicago et spécialiste de la période victorienne, à laquelle il a consacré plusieurs *cultural studies*. Il signe régulièrement des articles de combat publiés dans la presse américaine (*New York Times, Washington Post, Los Angeles Times, Wall Street Journal etc.*). Voici un texte polémique qui dénonce, attaque, pourfend, ce qui se révèle n'être rien d'autre qu'une canaillerie perpétrée par une faction de psychiatres dans le but explicite d'en finir avec la psychanalyse, afin d'imposer une classification taillée sur mesure pour les produits de l'industrie pharmaceutique. Nous pouvons le prendre comme un texte politique dans les trois sens que Jacques-Alain Miller distingue dans son séminaire « Politique Lacanienne »², commentant la « Direction de la cure et les principes de son pouvoir »³. C'est qu'il traite de la politique en général : « l'incidence très forte du monde anglo-saxon » ; mais aussi, de la politique de la psychanalyse : « la discipline en tant que telle » ; et il aborde enfin : « les finalités de la cure ». En outre, à le lire, nous songeons immédiatement à la notion de biopolitique de Michel Foucault : « l'entrée des phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine dans l'ordre du savoir et du pouvoir, dans le champ des techniques politiques »⁴.

Christopher Lane fait entendre la voix d'un individu qui revendique pour lui-même et pour tout un chacun la liberté d'être ce qu'il est, introverti, solitaire, timide : pas question d'en faire des maladies. Il s'élève contre le tout médicament et l'adaptation exigée de chacun aux codes dominants de la société américaine : être sociable, extraverti, bien dans sa peau. Lors d'un Forum à la Mutualité, Philippe Sollers dénonçait les « sociomanes » qui s'en prennent à la psychanalyse, Christopher Lane quant à lui refuse d'être taxé de « sociophobe » par la même

¹ Roudinesco E., « La maladie de la médicalisation », Le Monde, 6 mars 2009.

² Miller J.-A., « Politique Lacanienne », coll. Rue Huysmans, ECF, 2001, p.4-8.

³ Lacan J., *Ecrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p.585-645.

⁴ Foucault M., La volonté de savoir, Paris, Gallimard, 1976, p.186.

clique scientiste. Si le *DSM* procède d'un pragmatisme, peut-être anglo-saxon, visant l'utile, l'efficace, la réussite, c'est l'individualisme, tout aussi anglo-saxon, et le pragmatisme de cet individualisme, qui inspire la révolte et le combat de Christopher Lane. C'est au nom du particulier des intérêts individuels – au nom du droit à l'intimité – qu'il s'insurge contre l'universel que le tandem *DSM*-médicament prétend imposer – contre la médicalisation du malaise dans la civilisation. Ce qu'il attaque, c'est le *Désir de Standardisation Massive*, dont Dominique Laurent⁵ dénonçait la fausse universalisation.

Et voici que chemin faisant, il rencontre la psychanalyse en tant qu'elle s'est trouvée ellemême mise en cause, mais aussi, en tant qu'elle véhicule une vérité. La psychanalyse apparaît du côté de l'individu et de son malaise, face à l'industrie. Si tel n'est pas le propos explicite du livre, il me semble que cette thèse court en filigrane. Pour la première fois parmi les ouvrages qui dénoncent les errements de la psychiatrie, celui-ci s'autorise de la psychanalyse pour affirmer le droit de l'individu à l'intimité. La psychanalyse posée en référence incontournable, tel est l'immense intérêt du livre. Nous trouverons dans certains chapitres allusion, presque à chaque page, à Freud et à la psychanalyse. L'auteur, il est vrai, témoigne d'une lecture de Freud un peu rapide. Ce n'est pas une lecture éclairée ? Mais qui n'a pas commencé par une lecture intuitive de Freud ? Christopher Lane n'est pas contre le médicament. Il ne nie pas la nécessité d'apaiser la souffrance. Il prend nettement ses distances avec l'antipsychiatrie et notamment avec le *Myth of Mental Illness* d'un Thomas Szasz. Mais ce qu'il refuse, c'est ce – tous malades – que promeut le *Manuel* en effaçant le seuil entre les cas lourds et les cas légers.

Victorianisme de la psychiatrie américaine

Il part d'une interrogation sur la timidité: comment se fait-il que cet affect se trouve aujourd'hui classé parmi les maladies? La névrose d'angoisse, présente dans le DSM II, a disparu du DSM III pour céder la place à pas moins de sept nouvelles catégories : agoraphobie, panique, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé, phobie ordinaire, phobie sociale. Tous ces diagnostics se basent sur certains comportements: « manger seul au restaurant, avoir les mains qui tremblent, avoir peur d'entrer dans des toilettes publiques, peur de ne pas savoir répondre à une question en public ». « Il n'a pas fallu six ans à un groupe de psychiatres américaines auto-sélectionnés pour construire un large et nouveau consensus : la timidité ainsi qu'une foule de traits de caractères comparables relevaient de l'anxiété et du trouble de la personnalité. En aucun cas ceux-ci ne pouvaient résulter de conflits psychologiques ou de tensions sociales, mais bel et bien d'un déséquilibre chimique ou de neurotransmetteurs défectueux à l'intérieur du cerveau. [...] Dans ce volume de cinq cent pages, la bible des psychiatres du monde entier, l'individu introverti se trouve mécaniquement transformé en psychotique léger; se montrer distant ou indifférent, ou tout simplement "être seul", sont au nombre des symptômes.» Il relève que dans le DSM la timidité s'est trouvée enrôlée sous la bannière de l'angoisse. Christopher Lane cite un dit de Lacan : « L'angoisse n'est pas sans objet. » C'est affirmer une causalité subjective. Il présente l'angoisse comme l'enjeu d'une lutte dans le champ de la psychiatrie entre un courant néo-kraepelinien et un courant freudien. Il critique Kraepelin pour qui les maladies mentales sont des maladies du cerveau qui renvoient strictement à des causes biologiques et héréditaires.

Il oppose à la position freudienne, la vision réductrice d'un Kraepelin qui accordait à la maladie mentale une valeur congénitale et d'échec moral. Il lui reproche encore de n'avoir accordé aucune valeur à la parole de son patient. « Ne risque-t-il pas de jeter le bébé avec

⁵ Laurent D., « Du Désir de Standardisation Massive », *La guerre des palotins, n°42*, 26 mars 2004.

l'eau du bain », interroge François Leguil, « en soutenant entre les lignes que la disparition des limites d'une médicalisation tentaculaire proviendrait d'une manie classificatrice ? » ⁶

Quelle a été la stratégie des concepteurs du DSM III ? : « Se baptisant néo-kraepeliniens, ils tracèrent une ligne aussi nette que fallacieuse joignant leurs travaux et ceux qu'effectua Kraepelin à l'aube du XX^e siècle. Court-circuitant tout Freud, ils utilisèrent les catégories de Kraepelin et autres en guise de prétexte pour modeler à leur guise l'anxiété et la dépression selon des principes préfreudiens.» L'auteur ne mâche pas ses mots : le recours à une causalité biologique des troubles mentaux, l'évacuation de la causalité inconsciente, tout cela n'est que « psychiatrie victorienne »! Π stigmatise ni plus ni moins révisionniste » : « L'histoire de la psychiatrie fut réécrite de manière si radicale que tout se passe comme si Freud et la psychanalyse n'avaient jamais existé. »

Évoquant Darwin, lui qui avait évoqué, avant le père de la psychanalyse, des motivations inconscientes, il en fait un précurseur de Freud. Dans un pays où les conservateurs créationnistes s'opposent aux évolutionnistes, ranger Freud du côté de Darwin a une signification politique. Dénonçant la bible des psychiatres – le *DSM* – voilà Freud rangé du côté des penseurs éclairés face à l'obscurantisme : « En cherchant à dégager les règles par lesquelles la psyché donne sens aux phénomènes, Freud mettait le doigt sur ce que la science ne peut expliquer : les points aveugles de notre conscience, les étranges détours de nos fantasmes, la déroutante irrationalité de certaines de nos actions, et des visages de l'angoisse ou de l'anxiété irréductible à des causes biologiques. »

Mais qu'est-ce qui a pu balayer ainsi la psychanalyse ? Christopher Lane nous donne une petite leçon de *Laienanalyse* : c'est par le milieu médical que la psychanalyse s'est répandue dans la culture aux Etats-Unis, les non médecins étant considérés comme des charlatans. « Ironie du sort, cette tentative d'enrôler la psychanalyse dans la respectabilité médicale se solda par un affadissement des arguments les plus novateurs de Freud qui allaient à l'encontre du sens commun. Après sa mort [...] son héritage n'a plus guère de rapports [...] avec ce que constituait sa pensée. » Cette version médicalisée de la psychanalyse, voilà bien ce à quoi nous nous opposons !

Le manuel du Père Ubu

Pour mémoire, le *DSM* première mouture, sorti en 1952, était l'expression d'un compromis entre la psychanalyse freudienne et une conception biologique. Ce gros cahier à spirale destiné aux organismes de soins de santé coûtait quelques dollars. Le *DSM II*, en 1968, continue à témoigner de cette influence de la psychanalyse et utilise les catégories de névrose et de psychose. Il ne dépasse pas 150 pages et comporte 180 catégories de maladies mentales. Les raisons à sa révision sont nombreuses : manque de fiabilité des diagnostics, envolée des coûts, pression de l'industrie pharmaceutique. Le *DSM III-R* (pour « révisé ») va en dénombrer 292, dans un ouvrage de 500 pages, et en 1994, le *DSM IV*, qui fait 1000 pages, a porté à 350 le nombre de maladies. Voici maintenant qu'il prétend faire office de manuel d'enseignement de la psychiatrie! A nous de faire barrage à ce destin planétaire.

La nécessité de réviser le *DSM II* s'est imposée dans un contexte de concurrence avec la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Christopher Lane révèle l'intention explicite qui a présidé au *DSM III*: il s'agissait d'évincer les catégories de la psychanalyse : « [...] le souci des psychiatres était avant tout de mettre hors du coup les freudiens, de récompenser le travail de leurs propres partisans et de savoir à qui serait attribué le mérite de la suppression d'un terme au dictionnaire ». Comment fait-on progresser le discours de la science psychiatrique à l'époque de l'Autre qui n'existe pas ? C'est très simple, pour former un comité, on nomme un président, lequel va constituer

⁶ Leguil F., « Compter sur les leçons de l'expérience freudienne », *La Lettre mensuelle*, n 278, mai 2009, p. 2.

son équipe avant de consulter « démocratiquement » ses collègues. Ainsi, le président élu de l'APA sélectionna un responsable pour présider le groupe de travail chargé de réviser le *DSM II*. Il porta son choix sur Robert Spitzer, psychiatre et enseignant à l'Université Columbia : un déçu de la psychanalyse façon Wilhelm Reich – ça ne marchait pas ! – C'est pour cette raison qu'il avait abandonné cette voie sans issue pour se vouer à la quantification.

En s'appuyant sur des faits, il s'agissait de révoquer tout ce qui approche l'héritage freudien d'une part, pour compléter le *DSM II* d'autre part, en y adjoignant de nouvelles entrées – de nouveaux troubles. « Pendant les six années qui allaient suivre, le groupe de travail de l'APA sur la nomenclature et les statistiques devait passer en revue presque chaque trait, chaque tic imaginable. Sa tâche fut lente, difficile, et souvent controversée. Sptizer travaillait soixante-dix à quatre-vingt heures par semaine à la rédaction de ce document tentaculaire, car son équipe, quinze personnes, s'était mise à ausculter la phobie et l'anxiété sous tous leurs aspects, et à les codifier, les interprétant comme des maladies distinctes. » Ils voulaient combler les trous du *DSM II*, et chaque fois qu'ils lançaient un critère, celui-ci engendrait à son tour : « un si grand nombre de critères inclusifs et de symptômes que les termes se dérobèrent, se confondirent ».

Catalographier le comportement

Ainsi, voulant se saisir du réel comportemental considéré comme un ensemble fermé, l'apprenti sorcier, à chacune de ses tentatives, voyait s'élever devant lui, rien moins que l'univers du langage : l'innombrable du signifiant ! « Le nombre de catégories dont relevait désormais la maladie mentale s'était accru de façon tellement vertigineuse qu'il n'est pas possible de l'expliquer par la seule découverte de problèmes jusque-là négligés. Les artificiers se heurtaient tout bonnement à l'inaptitude du langage à saisir son objet. » Citant les archives de l'APA, l'auteur nous donne un aperçu saisissant de la frénésie des réunions du groupe de travail, dans une ambiance où le grotesque le dispute à l'ubuesque. Un participant à ces réunions se souvient : « Il y avait ces réunions de soi-disant experts ou conseillers, et les gens se levaient, s'asseyaient, bougeaient tout le temps. C'était à qui parlerait le plus fort. Mais Bob était trop occupé à taper ses notes pour présider la séance et imposer une discipline. C'était à qui imposerait ses propres conceptions, et les empoignades ne manquaient pas : "La référence à l'hypersensibilité au rejet "approche-t-elle de trop près de la dysphorie hystéroïde pour ton confort personnel? » Une directrice administrative de l'APA déplore : « l'indigence de la réflexion sur les processus de décision ». « J'ai honte pour la psychiatrie » déclare un autre. Un psychiatre hospitalier déplore le « vernis pseudo scientifique » dont étaient revêtus les travaux du groupe, on aurait mieux fait d'appeler ce manuel : « Le Nouveau Suspensoir de l'Empereur ».

L'équipe de Spitzer s'opposait en particulier à la psychanalyse freudienne : « le groupe de travail a torpillé presque tous les raisonnements et explications fondés sur la psyché pour faire valoir ceux qui s'appuient sur la neuro-chimie du cerveau... » Le groupe de travail — Spitzer et son équipe — devait soumettre les résultats de ses cogitations à un vote par les psychiatres participant à l'assemblée de l'APA! Ils ont fait voter leurs élucubrations! C'est comme cela qu'on fait à l'époque de l'Autre qui n'existe pas : on vote sur les maladies!

D'après les éléments apportés par Christopher Lane, ce n'est pas que les psychanalystes aient subi une défaite, c'est plutôt qu'ils aient été privés de combat. De façon quasiment fasciste, on les prévenait trop tard d'une réunion, on ne faisait pas circuler leurs rapports, ils ont été peu à peu découragés et éloignés des débats. Spitzer d'ailleurs évoque sa « stratégie d'enfermement à l'égard des divers opposants et des institutions psychanalytiques, puisque les ignorer n'était plus possible ». Dans un entretien avec Christopher Lane, Spitzer s'est vanté d'avoir lancé à ses collaborateurs : « nous devons nous débarrasser du mot névrose parce qu'il a une connotation psychanalytique ». A un praticien déplorant dans la presse la disparition du mot

névrose, il riposta par un poème moquant la psychanalyse : « Un transmetteur usé dans un cerveau causera à la psyché bien des maux. De ta névrose le bacille eût-il été trouvé, au *DSM III* le terme eût abondé. » Pour Otto Kernberg, membre éminent de l'IPA, « les néokraepeliniens étaient un groupe aux idées très claires, publiquement connues et dont les fusils étaient pointés vers la psychanalyse ».

Les habits neufs des empiristes

En avançant une position athéorique, il s'agissait d'énumérer des symptômes sans poser la question de la causalité, ce qui cache évidemment une volonté de standardisation des traits définissant les troubles. Jean-Claude Maleval à ce sujet montre que « le plus souvent, les données scientifiques n'apportent pas de réponse déterminante, c'est l'interprétation des données qui est décisive, et celle-ci relève d'une décision, politique ou subjective, ancrée dans l'adhésion à une théorie, même quand celle-ci se masque sous l'athéorisme » ⁷. Autrement dit, c'est l'athéorisme même qui est politique, il en va d'ailleurs de même pour la décision fondant l'interprétation.

La névrose d'angoisse ayant une connotation psychanalytique, il s'agit d'en finir avec cette notion. On va donc la saucissonner en autant d'items spécifiques. On voit bien que tout cela n'a rien à voir avec la clinique. Il s'agit d'inventer purement et simplement de nouvelles catégories, de nouvelles maladies. Christopher Lane remarque à juste titre que les troubles répertoriés ne sont pas seulement descriptifs, mais prescriptifs: le simple fait de figurer au DSM fait passer le terme dans la classe des maladies. N'importe quel nom commun peut se trouver élevé au rang de maladie, à l'instar des « peines purgatoires » qui ont fini par donner lieu au « Purgatoire », si nous suivons Jacques Le Goff⁸! L'invention de catégories apparaît ainsi comme une pure opération sur le langage, effectuée au besoin en tournant les pages du dictionnaire. Un observateur critique du DSM stigmatise cette logique infinie en parlant des « habits neufs des empiristes ». Chez les Anglo-Saxons, cette expression « les habits neufs de l'empereur » d'Andersen, désigne un diagnostic erroné confirmé par plusieurs médecins.

Un exemple ? Spitzer aurait bien voulu introduire dans le *DSM* « le trouble de la personnalité introvertie ». Mais il faisait crier les Jungiens, revendiquant pour eux le terme introversion, et il s'agissait de ménager le puissant parti jungien. Mais alors, quel terme utiliser pour ne pas leur déplaire ? Chacun y allait de ses propositions : Asocial ? Indifférent ? Solitaire ? Paumé ? Trop argotique ! Érémitique ? Trop hermétique ! Après atermoiements, tergiversations et délibérations, on se résolut pour le « trouble de la personnalité évitante » Et voilà pourquoi votre timidité est une maladie ! Les experts convenaient que les patients présentant ces troubles étaient de simples timides et que ce trait englobait à la fois le trouble de la personnalité schizoïde et la phobie sociale, les démarcations entre l'une ou l'autre maladie ne constituaient plus une frontière, mais un champ de mines. On voit bien le continuum qui s'esquisse : de la phobie sociale à la psychose. Mais il fallait passer au vote ! C'est pourquoi une stratégie allait bientôt servir de modèle: le consensus par l'exclusion des dissidents : on les évinçait discrètement des réunions ultérieures. Évoquant son manuel dans une conversation avec Christopher Lane, Spitzer ironisait : « vous pouvez en rigoler comme d'un menu chinois ».

Quel est le procédé de fabrication d'un comportement anormal au sens du *DSM*? Prenons les critères élaborés par le *DSM II* pour définir la névrose d'angoisse, car ils ont dans la suite servi de modèle. Pour qu'on puisse la diagnostiquer, il faut que les caractéristiques A à D soient remplies. Voici les subdivisions du seul point A: « Les manifestations suivantes doivent être présentées : 1) Âge auquel elles se déclarent inférieur à quarante ans 2) Nervosité chronique avec crises récurrentes d'angoisse manifestées par l'appréhension, la crainte, le sentiment

⁷ Maleval J.-C., « Limites et dangers des DSM », L'Evolution psychiatrique, n°68, 2003, p. 40-41.

⁸ Le Goff J., La naissance du Purgatoire, Paris, Gallimard, 1981.

d'une destruction imminente, avec au moins quatre des symptômes suivants présents dans la majorité des crises : a) dyspnée (essoufflement), b) palpitations, c) gêne ou douleur de poitrine, d) sensation d'étouffement ou de suffocation, e) vertiges et f) paresthésie (picotements) ». Ainsi donc c'est le simple comptage des occurrences de ces traits qui détermine le trouble dont le patient est atteint! L'auteur cite deux chercheurs : « Il suffit de modifier légèrement la formulation d'un critère, la durée pendant laquelle un symptôme doit être présenté pour remplir ce critère, ou le nombre de critères utilisés en vue d'obtenir un diagnostic, pour que les taux de prévalence aux USA montent et chutent de façon aussi capricieuse que les cours de la Bourse. » Voilà comment on peut fabriquer de véritables épidémies!

Pharmacologie et marketing

Nous arrivons ainsi au mécanisme articulant les médicaments au DSM. L'auteur note que la plupart des experts du DSM entretiennent des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique, laquelle finance beaucoup de centres de recherche. C'est ainsi que Prozac® et Zoloft® occupaient fermement le terrain lorsque Smithkline, avec enthousiasme, décida de lancer Seroxat®. Il s'agit d'un marché d'environ 90 millions d'adultes, en Amérique du nord et en Europe. L'auteur cite une note interne à Smithkline à laquelle il a eu accès, section intitulée Towards the Second Billion. Malgré la piètre prestation du médicament aux essais cliniques, l'entreprise envisage de « rajouter sur l'étiquette de nouveaux troubles anxieux (par ex., le trouble de l'anxiété sociale ou phobie sociale, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique), afin de renforcer son positionnement dans le traitement de la dépression et de la dépression avec anxiété, le meilleur moyen de s'approprier ce segment de marché ». Certaines études avaient conclu à des risques de suicide de 1,5 à 3,2 fois plus élevés sous Seroxat® que sous placebo ? Qu'importe! Les effets secondaires – obésité, risque en cas de grossesse, baisse de libido etc. – étaient connus ? Qu'à cela ne tienne! On fit appel à une agence de communication afin de créer un engouement pour ce produit. Enterrant les résultats incertains et négatifs, l'agence a lancé une campagne dans les médias, et auprès des médecins. Mais il s'agissait encore de dissimuler les sponsors : pas question de faire apparaître Smithkline. Aussi le pays de *Mister Freedom* a-t-il vu apparaître une association de patients, Freedom From Fear laquelle s'est révélée par la suite financée en coulisse par la firme Smithkline. Il s'agissait de formater l'opinion, de vendre la maladie, pour ensuite vendre le médicament: « Vous n'êtres pas timides, vous êtes malades. » annonçait un placard. On a ainsi vu fleurir des « Instituts de la timidité », des « Annexes des savoirs », des ateliers pour « handicapés du caractère »...

La neuro-mythologie moderne

Christopher Lane a réuni un certain nombre d'arguments contestant l'efficacité des médicaments ISRS à traiter l'anxiété. Il y a d'abord, à côté des effets secondaires, le phénomène de rebond, soit l'ensemble des symptômes provoqués par l'interruption du médicament. L'interruption est suivie d'un effet boomerang, c'est-à-dire contraire à l'effet recherché par le traitement, et pouvant se révéler plus dangereux que l'état de départ. D'où le caractère problématique de l'arrêt du médicament. Reste à changer de médicament, ce qui retarde seulement le problème. Il apparaîtrait en outre que les médicaments ISRS ne seraient pas efficaces, il n'y aurait pas de corrélation entre l'anxiété et un faible niveau de sérotonine : « Certaines personnes présentant des troubles de l'anxiété ou de la dépression ont des taux ordinaires de sérotonine, d'autres élevés, d'autres encore faibles. Inonder le cerveau

⁹ Se libérer de la peur.

de ce médiateur neuronal ne met donc pas un terme à la dépression et à l'anxiété – ni ne les soulage rapidement. » L'auteur conclut : « il n'existe donc pas de médicament adéquat pour traiter l'anxiété. De plus, des patients se voient prescrire la même gamme de médicaments quels que soient leurs symptômes. « Si un médicament comme le Seroxat® ne peut discriminer de façon sûre l'anxiété aiguë du stress quotidien, comment pourrait-il transposer les différences confuses entre phobie sociale, dépression majeure, trouble dysphorique prémenstruel, trouble anxieux généralisé et trouble panique – toutes maladies que la même pilule est appelée à traiter ? » Allons inhibiteurs, encore un effort pour être sélectifs !

Et l'auteur de conclure : tout cela c'est de la « neuro-mythologie moderne », de la « psychopharmacologie cosmétique », du « bioblablabla ». Il reprend à son compte la formule d'Elisabeth Roudinesco, dénonçant un « scientisme érigé en religion ». A chaque avancée de son argumentation, apparaît en contrepoint la valeur de la psychanalyse. Christopher Lane renvoie au malaise, à l'histoire familiale, aux significations particulières. Et il enchaîne en disant : il y a un siècle, Freud l'avait bien dit, l'angoisse c'est plus compliqué que cela. Dans la foulée, nous avons une rapide critique de la psychanalyse sauvage, avec une allusion au texte de Freud qui porte ce nom. Il cite Freud : «C'est une erreur technique que de jeter brusquement à la tête du patient, au cours de la première consultation, les secrets que le médecin a devinés. »¹⁰ Plus haut dans le livre, il avait indiqué qu'une seule consultation de trois quarts d'heure suffit à caser quelqu'un dans le DSM! Voilà donc la psychiatrie américaine reconduite à Freud! L'auteur affirme qu'«il existe bel et bien une façon scientifiquement juste de conduire l'analyse ». Et c'est celle de Freud. Réaffirmant le rôle décisif du transfert, il montre ce qui est perdu : « lorsque les psychiatres se targuent de solutions rapides, que ce soit grâce aux médicaments ou à des thérapies de court terme élaborées à la hâte pour redresser nos pensées ».

Il va s'en prendre alors aux thérapies cognitivocomportementales. Considérons l'étude de deux chercheurs TCC portant sur des patients qui se livrent à des colères inadaptées et à des pensées automatiques inadaptées. Le but de l'opération consiste à former ces patients à « restructurer leurs dispositions cognitives de façon qu'ils puissent apprendre à identifier et à contester leurs erreurs cognitives dans ces pensées automatiques et à développer des réponses rationnelles ». Admettons, conclut l'auteur, mais pourquoi refiler aux patients des « pensées positives restructurées » et pourquoi ne pas les encourager à « réfléchir sur leurs associations intérieures » ? Au vu du petit nombre de séances prévues, ne s'agit-il pas de harcèlement ? Et de constater : si les conclusions auxquelles parviennent les patients doivent s'aligner sur celles du médecin, ils ne tireront d'autre profit de l'opération que « d'avoir ingurgité à la petite cuiller le point de vue d'un autre ». Ayant ainsi exécuté les principes autoritaires des TCC, il assène encore : « quant à l'expression " pensées automatiques inadaptées ", elle fleure, pour tout dire, *Le meilleur des mondes* d'Aldous Huxley ». Et de réaffirmer la causalité qu'il appelle « psychologique » de l'angoisse, c'est-à-dire freudienne.

Ne rêvons pas, conclut l'auteur, les chances d'une révision à grande échelle du manuel sont assez maigres. L'APA pousse à la charrette. En outre, la psychiatrie est prise dans un pacte faustien avec ses parrains de l'industrie pharmaceutique. Et puis, que représentent les 165 millions de dollars versés par les firmes pour éteindre les actions en justice de patients lésés par les effets secondaires, face aux 12,5 milliards de dollars de profit que la seule vente nationale des antidépresseurs leur a procuré en 2005 ? Pourtant, la pratique psychiatrique privilégiant le traitement médicamenteux se révèle plus coûteuse qu'une psychothérapie ou une psychanalyse, poursuit l'auteur. Il dénonce ce qu'est devenu le diagnostic dans le domaine mental, car la médicalisation des affections ordinaires, en banalisant la maladie

¹⁰ Freud S., « A propos de la psychanalyse dite sauvage », *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1975, p.40-41.

chronique, risque de porter préjudice aux personnes atteintes d'une pathologie grave. « Affirmer que le malaise n'est pas dû à un déséquilibre chimique [...] c'est leur témoigner plus de respect et faire preuve de rigueur scientifique. » Ce qu'il dénonce, c'est « la valorisation du comportement grégaire », « l'assimilation des traits caractérisant les sceptiques, les francs-tireurs, les taciturnes à des troubles mentaux. », « Accepter qu'on traite ces gens par les médicaments, c'est s'exposer à considérer comme naturel *un flot continu de marionnettes* dociles et conformistes, resocialisées, c'est dire à tout un chacun qu'il a l'obligation de changer. » Il en appelle à la *talking cure*, cette belle expression empruntée par Freud à la langue anglaise d'une de ses patientes : « les psychanalystes n'ont guère l'habitude de nous ranger dans des catégories douteuses. C'est au contraire le récit de nos histoires individuelles, uniques par nature, qu'ils cherchent à susciter.»

Et le mot de la fin est emprunté à Samuel Beckett : « Vous êtes sur terre, c'est sans remèdes ! » Christopher Lane ne croit pas possible une adaptation complète de l'individu. Il en appelle plutôt à une éthique qui prendrait pour socle les pulsions et les fantasmes. Mais, « Nom d'un Sigmund ! » Serait-il lacanien ?

