



REVUE DE PRESSE

Articles critiques en santé mentale

Mars 2010

**Robert Théoret
Mars 2010**



04.03.2010 | Ethan Watters | [New Scientist](#)

UNE PSYCHIATRIE MONDIALISÉE

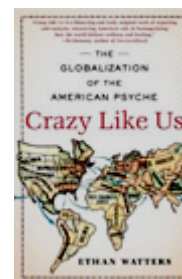
Comment l'Occident exporte ses troubles mentaux

Chaque culture a sa façon d'exprimer la souffrance psychique. Mais la médecine occidentale impose de plus en plus son répertoire de symptômes et les traitements qui vont avec. Le journaliste Ethan Watters en donne la preuve par la dépression et le stress posttraumatique.

© Dessin d'Otto paru dans The Economist, Londres



L'auteur : Journaliste américain, Ethan Watters signe régulièrement des articles sur les grandes tendances de société dans des titres de la presse magazine tels que *The New York Times Magazine*, *Wired* ou *Discover*. Il vient de publier aux Etats-Unis [Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche](#) (Fous comme nous. La mondialisation du psychisme américain), dont il résume ici la teneur.



En ces temps de mondialisation, nous devrions être sensibles aux différences locales et y attacher de la valeur. Et savoir que toutes les cultures n'ont pas la même conception de la psychologie humaine est crucial dans l'approche de la santé et de la maladie mentale. Ainsi, un Nigérian peut souffrir d'une forme de dépression propre à sa culture, qu'il décrira par une sensation de brûlure dans la tête, alors qu'un paysan chinois parlera simplement de douleurs à l'épaule ou à l'estomac. Et une étude auprès de réfugiées salvadoriennes traumatisées par une longue guerre civile a montré que certaines d'entre elles ressentaient ce qu'elles appellent des *calorias*, une sensation de chaleur corporelle intense.

Les psychiatres et les anthropologues médicaux qui étudient la maladie mentale dans différentes cultures ont constaté depuis longtemps que les troubles mentaux n'étaient pas uniformément répartis dans le monde et ne se manifestaient pas partout de la même façon. Malheureusement, aux Etats-Unis, pays qui domine le débat international sur la classification et le traitement des pathologies, les professionnels de la santé mentale font souvent peu de cas de ces différences. Pis, les pathologies mentales s'uniformisent à un rythme vertigineux. C'est cela qui m'a incité à écrire [Crazy Like Us](#) [Fous comme nous], où j'étudie la propagation de quatre maladies : l'état de stress posttraumatique (ESPT), l'anorexie, la schizophrénie et la dépression. Je m'attacherai ici à deux formes occidentales de pathologies mentales, la dépression et l'ESPT, qui se répandent dans le monde à la vitesse d'une maladie contagieuse, annihilant sur leur passage les formes locales existantes.

Deux forces puissantes mais distinctes sont à l'œuvre. [Le diagnostic de l'ESPT](#) est propagé par des groupes de thérapeutes occidentaux itinérants, qui établissent des centres d'aide psychologique d'urgence au lendemain de guerres et de catastrophes naturelles. Quant à notre conception occidentale de la dépression, ce sont des multinationales pharmaceutiques qui la promeuvent, car elles engrangent des bénéfices colossaux chaque fois que de nouvelles cultures intègrent cette notion et achètent leurs antidépresseurs.

Laurence Kirmayer, directeur du département de psychiatrie sociale et transculturelle à l'université [McGill](#) de Montréal, était aux premières loges lorsque le laboratoire GlaxoSmithKline ([GSK](#)) lança au Japon, en 2000, son antidépresseur à base de paroxétine (commercialisé selon les pays sous le nom de Paxil, Seroxat ou Deroxat). Kirmayer, grand spécialiste de l'impact du milieu culturel sur la santé mentale, avait été invité à un colloque parrainé par le laboratoire au Japon. Ce n'est qu'à son arrivée qu'il en comprit les intentions véritables : GSK avait besoin de ses connaissances pour comprendre comment modifier les croyances culturelles autour de la maladie.

“La présentation clinique de la dépression et de l'anxiété dépend non seulement de l'environnement ethnoculturel des patients, mais aussi des structures du système de santé dans lequel ils s'insèrent et des catégories et concepts diagnostiques qu'ils rencontrent dans les médias et dans leurs échanges avec leur famille, leurs amis et les médecins”, écrira plus tard [Kirmayer](#) dans [The Journal of Clinical Psychiatry](#). Avec la mondialisation, tous ces facteurs sont *“en interaction et en transformation constantes de part et d'autre des frontières ethniques, culturelles, sociales et nationales”*. Autrement dit, les croyances culturelles sur la dépression et la représentation de soi sont malléables et perméables aux messages qui s'exportent d'une culture à l'autre.

Le marché japonais posait à GSK un problème extrêmement difficile. Certes, il existait bien au Japon un diagnostic clinique de la dépression ([utsubyo](#)), mais il ne ressemblait en rien à la version américaine : il décrivait une pathologie aussi dévastatrice et aussi stigmatisante que la schizophrénie, et rare de surcroît, ce qui compromettait les perspectives commerciales des antidépresseurs au Japon. La plupart des autres états mélancoliques n'y étaient pas considérés comme des maladies. Pour que la paroxétine soit un succès, il ne suffisait donc pas d'accaparer le marché restreint des Japonais à qui l'on avait diagnostiqué une *utsubyo*. Il fallait modifier l'idée qu'on se faisait de la dépression dans le pays.

Modifier l'idée qu'on se faisait de la dépression au Japon

“J'ai vu une multinationale pharmaceutique travailler dur pour redéfinir les représentations de la santé mentale, raconte [Laurence Kirmayer](#). De tels changements ont des effets considérables, car ils influent sur les conceptions culturelles de la personne, mais aussi sur la façon dont les gens mènent leur vie. Et c'est un processus à l'œuvre partout dans le monde. Ces entreprises chamboulent des croyances enracinées de longue date dans les cultures sur le sens de la maladie et de la guérison.”

GSK est manifestement parvenu à ses fins. En présentant la dépression comme un [kokoro no kaze](#) (“un rhume de l'âme”), le laboratoire a réussi à généraliser le diagnostic. L'année qui a suivi le lancement de la paroxétine sur le marché japonais, les ventes ont rapporté 100 millions de dollars. En 2005, elles avoisinaient les 350 millions de dollars. Mais la dépression a un rude concurrent : l'état de stress posttraumatique. Ce syndrome n'a une existence “officielle” que depuis 1980, date de son entrée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ([DSM](#)), établi par l'Association américaine de psychiatrie, mais il a connu un essor fulgurant. Les thérapeutes occidentaux l'invoquent dans le monde entier après des catastrophes naturelles, des guerres et des génocides. Pour Allan Young, anthropologue médical à l'université McGill, la généralisation des diagnostics d'ESPT dans le monde est sans doute *“la plus belle success story de la mondialisation”*. Les thérapeutes se précipitent trop souvent pour guérir les blessures psychiques des personnes traumatisées sans se demander si ce diagnostic est pertinent partout. *“Le sens que l'on donne à un événement douloureux a de lourdes répercussions sur le psychisme humain, et ce sens n'est pas le même partout. Le sens importe tout autant que l'événement lui-*

même”, souligne [Ken Miller](#), psychologue au Pomona College, en Californie, qui a étudié les réactions aux traumatismes de guerre en Afghanistan et ailleurs.

Il a constaté de nombreuses réactions psychologiques qui n'étaient pas répertoriées en Occident parmi les symptômes d'ESPT, et dont certaines n'avaient aucune traduction connue en anglais. En Afghanistan par exemple, Ken Miller a rencontré l'asabi, sorte d'hypersensibilité nerveuse, et le *fishar-e bala*, une sensation d'agitation ou de tension trop élevée. Après le tsunami de décembre 2004, [Giathra Fernando](#), psychologue à l'université d'Etat de Californie à Los Angeles, a également constaté au Sri Lanka des réactions psychologiques au traumatisme propres à la culture locale. Le plus souvent, les Sri-Lankais décrivaient des symptômes qui ne correspondaient pas à ceux figurant dans la plupart des tableaux cliniques utilisés en Occident pour l'ESPT (hypervigilance, émoussement des émotions, etc.). Les travaux de Giathra Fernando montrent que les personnes qui continuaient de souffrir étaient celles qui s'étaient retrouvées coupées de leur réseau social ou ne remplissaient pas leur rôle au sein de groupes de parenté. Ainsi, pour les Sri-Lankais, les dégâts causés par le tsunami se produisaient non pas à l'intérieur d'eux-mêmes, mais à l'extérieur, dans leur environnement social.

Parmi les chercheurs qui ont rencontré des expressions du traumatisme propres à une culture donnée, beaucoup doutent que les thérapeutes puissent être utiles s'ils ne savent pas comment la détresse s'exprime localement. *“Nous débarquons et nous pathologisons immédiatement leurs réactions”*, regrette [Arthur Kleinman](#), anthropologue médical à l'université Harvard. *“Nous leur disons : ‘Vous ne savez pas comment vivre avec ça.’ Nous leur prenons leurs représentations culturelles pour leur imposer les nôtres. C'est une façon affreuse de déshumaniser les gens.”*

La dépression et l'état de stress posttraumatique ne sont pas que des listes de symptômes. De même que l'hystérie était un trouble du xix^e siècle par excellence, l'ESPT et la dépression en disent long sur la représentation de soi aux Etats-Unis et ailleurs en Occident. Ces deux affections contiennent des présupposés sur les événements susceptibles d'entraîner des troubles mentaux et sur ce qui distingue les états psychologiques normaux des états pathologiques. Elles sont bien plus qu'un ensemble de symptômes : avec elles, c'est une vision du monde que nous exportons.

DSM



“Avec une efficacité unique dans l'histoire des sciences, un petit groupe d'experts, tous cooptés au sein de l'Association américaine de psychiatrie (APA), est parvenu à découper, nommer et définir les troubles psychiques, comme l'Eglise l'avait fait autrefois avec les péchés”, écrit le Dr Bertrand Kiefer dans la *Revue médicale suisse*, dont il est le rédacteur en chef. *“Au fil des décennies et de ses différentes versions, le DSM a imposé son credo urbi et orbi. Contre cette domination, il y eut certes quelques tentatives. L'OMS a lancé sa propre classification, la CIM-10 [Classification internationale des maladies, 10e éd.]. Avec un succès limité. Dans la plupart des pays développés, c'est le DSM qui définit le statut (de bien portant ou de malade) des individus. Comment comprendre que la communauté psychiatrique, sensible à l'importance de l'altérité, ait pu laisser un petit groupe de psychiatres américains imposer un modèle aussi hégémonique ? Pourquoi les psychiatres n'exigent-ils pas que le DSM soit un chantier mondial, mené par une équipe ouverte, et soumis à une incessante critique ?”*

STANDARDISATION • Une bible mondiale contestée



Le DSM s'est imposé partout comme l'ouvrage de référence de la psychiatrie. Une nouvelle édition augmentée est en cours d'élaboration.

04.03.2010 | Rob Stein | [The Washington Post](#)

© Droits réservés

Les enfants qui piquent trop souvent des colères pourraient se voir diagnostiquer un “*dérèglement de l'humeur avec dysphorie*”. Les adolescents particulièrement excentriques pourraient être traités pour “*syndrome de risque psychotique*”. Et les hommes un peu trop portés sur le sexe se verraient étiquetés comme souffrant de “*trouble hypersexuel*”. Voici quelques-unes des dizaines de nouveautés que l'Association américaine de psychiatrie (APA) propose de faire figurer dans la prochaine édition de son *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*). Il s'agit de la première révision complète depuis 1994 de cet imposant volume, qui fait office depuis plus d'un demi-siècle de bible de la psychiatrie moderne.

Fruits des travaux menés par des centaines de spécialistes depuis quinze ans, ces suggestions de révision auront des implications profondes. C'est en fonction de ces critères que les individus seront ou non considérés comme souffrant de troubles mentaux, se verront ou non prescrire des psychotropes, et que le traitement sera ou non pris en charge par les assurances santé. “*Le DSM ne fait pas que déterminer le diagnostic. Il peut aussi avoir une incidence sur la façon dont les individus se perçoivent et perçoivent les autres*”, explique [Alan Schatzberg](#), le président de l'APA. “*Il influe également sur la nature des recherches menées et sur les méthodes employées. [...] Il a aussi des répercussions en termes juridiques, industriels, de santé publique.*”

Ces propositions feront l'objet d'un intense débat au cours des deux prochaines années : l'enjeu se chiffre en milliards de dollars pour les laboratoires pharmaceutiques, les compagnies d'assurances, les programmes de santé publique, les médecins, les chercheurs et les associations de défense des droits des patients. Mais il y a sans doute plus important encore : de l'issue de ces débats dépendra ce que la société considère comme des émotions, des comportements, des pensées et des traits de personnalité appartenant au spectre normal de la psychologie humaine et ceux qu'elle considère comme pathologiques et nécessitant un traitement, et peut-être même une sanction pénale.

Avant même d'être rendues publiques, les modifications proposées ont suscité d'intenses polémiques : le processus reposait-il sur des éléments scientifiques solides et était-il suffisamment indépendant des pressions de l'industrie pharmaceutique ? Ses détracteurs n'avaient-ils pas un intérêt financier à vouloir conserver les anciens critères diagnostiques ? Pour les partisans de la révision du DSM, ces modifications permettront de faire des diagnostics plus précis. Certains experts craignent toutefois qu'ils ne stigmatisent inutilement certains individus et ne donnent lieu à des prescriptions inutiles de traitements médicamenteux ayant parfois de lourds effets secondaires. “*Pathologiser massivement les gens en vertu de ces catégories, c'est les envoyer directement vers le traitement médicamenteux, même si leur souffrance est normale*”, estime [Jerome C. Wakefield](#), professeur de psychiatrie à l'université de New York.

Les propositions de révision publiées sur le site de l'APA [www.dsm5.org] sont ouvertes aux commentaires jusqu'au 20 avril 2010. Leur adoption ou non se fera à la lumière de ces commentaires, puis d'études de validation, d'évaluations complémentaires et du vote du conseil d'administration et de l'assemblée de l'APA. La version définitive, le *DSM-V*, devrait paraître en mai 2013 [il sera publié en France aux éditions Masson].



L'impérialisme mondial du "DSM"

Directement ou indirectement, tous les psychiatres de la planète utilisent le *DSM*, ce gros ouvrage de l'Association américaine de psychiatrie qui classe les maladies mentales et permet de les diagnostiquer. Ils l'utilisent au moins au travers de la pharmacologie et comme nomenclature. En France, par exemple, chaque médecin doit "coter les patients" selon la CIM-10, la Classification internationale des maladies, qui reprend à quelques exceptions près la nomenclature du *DSM-III* révisé (1987)... Comment la psychiatrie américaine est-elle ainsi parvenue à imposer ses vues ? Au début des années 70, outre-Atlantique, les thérapeutes, divisés en chapelles théoriques, décident de se mettre au travail pour trouver un langage commun. Quelque 20 000 praticiens travailleront pendant des années pour donner naissance au *DSM-III*, en 1980. Le succès sera presque immédiat.

Dans les pays de l'Est, il sera traduit sous le manteau. Plus tard, en Chine et au Japon, il sera adapté aux cultures de ces pays. Seule, ou presque, la France, qui a une école de psychiatrie prestigieuse, fait de la résistance. Quelques groupes de travail tentent de mettre sur pied une réplique. Sans succès. Le *DSM* se veut un outil de communication neutre. Il refuse toute notion qui se fonde sur la seule théorie, excluant par exemple le terme d'hystérie. *"Mais on peut repérer des traces de théories dans le DSM : des notions héritées du comportementalisme, beaucoup de neurobiologie, un peu de psychanalyse..."*, précise le psychiatre français Patrick Frémont. En réalité, si tous les pays acceptent la nomenclature du *DSM*, à chaque école psychiatrique de bâtir sa propre clinique, c'est-à-dire sa pratique face aux patients.



Les dollars du lobby psychiatrique

Si une maladie est répertorié dans la bible des psychiatres, le patient est remboursé. Et thérapeutes et laboratoires pharmaceutiques se frottent les mains.

11.12.1997 | Joe Sharkey | [The New York Times](#)



Ces fous d'Américains

et

leurs nouvelles maladies mentales

L'agressivité au volant atteint le niveau de l'épidémie sur les autoroutes américaines, assurent les spécialistes. Selon une étude récente de l'American Automobile Association, on constate depuis 1990 une augmentation de 51 % des incidents impliquant des conducteurs dont le comportement est ouvertement agressif. Des dingues au volant, direz-vous ? C'est la thèse que défend Arnold Nerenberg, un psychologue clinicien de Californie, lors de l'émission de radio qu'il anime chaque semaine : l'agressivité au volant est une maladie mentale, explique-t-il, et il faut qu'elle soit reconnue comme telle. Le Dr Nerenberg et d'autres thérapeutes sont persuadés que cette "affection" sera bientôt reconnue officiellement et inscrite dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*.

Le *DSM*, comme l'appellent les initiés, est la bible clinique (886 pages) éditée par l'Association américaine de psychiatrie et utilisée par les psychiatres et autres thérapeutes pour diagnostiquer si tel ou tel comportement doit être considéré comme une maladie mentale. Si l'agressivité au volant est intégrée au *DSM* - dont la révision est actuellement en cours -, elle rejoindra plus de 300 autres affections cataloguées comme troubles mentaux. Le *DSM*, qui en est à sa quatrième édition, propose une classification des maladies mentales graves telles que les psychoses et la schizophrénie. Mais ses détracteurs lui reprochent de médicaliser également de nombreux comportements considérés naguère comme de simples défauts de caractère. Ces nouvelles maladies, remarquent-ils en outre, donnent naissance à de puissants groupes de pression dans le monde politique et médical, du fait de la très grande influence du *DSM* sur le budget de la santé. "*L'inclusion dans le DSM, c'est la clé du coffre-fort. Impossible de facturer un traitement sans l'utiliser*", déclare le Dr Thomas S. Szasz, psychiatre et auteur de *The Myth of Mental Illness [le Mythe de la maladie mentale]***, ce livre qui fit date (1961) en affirmant que la psychiatrie ne cesse d'élargir la définition que l'on donne des troubles psychiques pour imposer son autorité à propos de conflits d'ordre moral et culturel.

Les Américains dépensent près de 1 000 milliards de dollars par an pour leur santé, et le secteur de la psychiatrie fait du lobbying auprès du gouvernement pour que les systèmes d'assurance maladie remboursent les

traitements pour troubles psychiques à parité avec les affections physiques. D'aucuns accusent le *DSM* d'être un puissant outil de marketing, dont le secteur de la santé mentale se sert pour engloutir des parties de plus en plus énormes du budget de la santé. *"Identifier de nouveaux troubles psychiques et commercialiser de nouveaux médicaments psychotropes répond à une volonté délibérée"*, constate Herb Kutchins, l'auteur, avec Stuart A. Kirk, de *Making Us Crazy : DSM [Le DSM, le livre qui rend fou]***. Il y a seulement dix-huit ans, note Kutchins, le *DSM* ne dénombrait que 106 maladies mentales. Or on consacre aujourd'hui une diminution des crédits consacrés au traitement des affections mentales graves et débilitantes, dont les victimes ont en général peu de moyens de pression.

L'homologation d'un trouble dans le *DSM* peut également avoir des avantages sur le plan juridique. Récemment, lorsqu'une jeune étudiante du New Jersey a été accusée d'avoir étouffé son bébé nouveau-né dans les toilettes alors qu'elle participait au bal de fin d'année, certains thérapeutes ont suggéré que les femmes accusées de tuer des nourrissons peu après leur naissance seraient peut-être atteintes d'un *"trouble psychotique bref d'origine post-partum"*, qui, selon le *DSM*, se caractérise par un *"trauma émotionnel"* à la suite de l'accouchement. (Le syndrome de la postparturiente a parfois été invoqué avec succès dans le cadre d'une défense juridique.)

Pour se frayer un chemin jusqu'aux pages du *DSM*, toute maladie candidate doit être étayée par de volumineux travaux de recherche prouvant qu'elle existe en tant que série de symptômes pathologiques chez un nombre de personnes significatif. Il est essentiel qu'elle puisse compter sur un lobbying effréné de la part des médecins, ainsi que sur une campagne de publicité orchestrée dans les médias. L'agressivité au volant est actuellement en première place dans le peloton des aspirants à l'homologation. Selon la définition du Dr Nerenberg, l'agressivité au volant consiste à *"manifester sa colère vis-à-vis d'un autre conducteur"*, pour un acte commis par ce dernier sur la route. Elle se caractérise par des réactions telles que gestes obscènes, regards hostiles, coups de klaxon et manoeuvres agressives. *"Si quelqu'un fait ça deux fois par an ou plus, c'est considéré comme de l'agressivité au volant, comme un trouble psychique"*, ajoute-t-il. Le Dr Nerenberg a été entendu récemment lors d'auditions au Congrès à propos de la sécurité sur les autoroutes. Il affirme que ses recherches montrent que plus de la moitié des Américains sont atteints de ce trouble à un moment ou à un autre de leur existence.

Autre candidat à l'homologation, le *"trouble dépressif prémenstruel"*, qui frappe certaines femmes sous forme de stress prémenstruel et les *"handicape émotionnellement"*, d'après une étude publiée cet été dans le *Journal of the American Medical Association*. Cette étude explique que les personnes atteintes peuvent bénéficier d'un traitement aux antidépresseurs. Elle a été financée par le laboratoire Pfizer, qui produit l'antidépresseur Zoloft. De nouveaux candidats au statut de maladie font régulièrement surface. Parmi les plus récents, on trouve le *"trouble du juré"*, défini l'an dernier par le *Bulletin of the Academy of Psychiatry and the Law* comme le syndrome psychique identifié chez des personnes qui ont souffert de problèmes sexuels, de palpitations cardiaques, de phobies, de dépression et d'anorexie après avoir été membres d'un jury dans des conditions difficiles. Et, signale Kutchins, voilà que des maladies nous arrivent aussi de l'étranger. Ainsi, l'an dernier, le *British Medical Journal* a publié une étude détaillant le *"trouble du stress de la loterie"*, caractérisé par la *"conviction illusoire"* qu'on a le ticket gagnant et une brutale *"baisse d'humeur"* quand ce n'est pas le cas. Selon les estimations de l'Institut national de la santé mentale, un Américain sur trois souffre d'un trouble psychique clinique. Plus de la moitié seront un jour ou l'autre touchés dans le courant de leur vie [voir encadré ci-dessous]. Les partisans de la politique actuelle de santé mentale se félicitent de ce que les personnes concernées n'aient plus à se sentir stigmatisées quand elles veulent être soignées. Mais Kutchins, lui, l'affirme : le prix à payer est énorme. *"Si la moitié seulement des gens qui devraient être considérés comme atteints par un trouble répertorié dans le DSM cherchaient à se faire soigner, dit-il, on estime que cela coûterait quelque 75 milliards de dollars par an."*

Le Dr Szasz, pour sa part, déclare que le *DSM* s'est habilement rendu indispensable. "*Le diagnostic du DSM est absolument essentiel parce que toute la prise en charge des assurances dépend du code DSM qu'indique le médecin.*" Et de conclure : "Il est absolument impossible de s'arracher aux griffes de ce monstre."

L'impérialisme mondial du "DSM"

Directement ou indirectement, tous les psychiatres de la planète utilisent le *DSM*, ce gros ouvrage de l'Association américaine de psychiatrie qui classe les maladies mentales et permet de les diagnostiquer. Ils l'utilisent au moins au travers de la pharmacologie et comme nomenclature. En France, par exemple, chaque médecin doit "coter les patients" selon la CIM-10, la Classification internationale des maladies, qui reprend à quelques exceptions près la nomenclature du *DSM-III* révisé (1987)... Comment la psychiatrie américaine est-elle ainsi parvenue à imposer ses vues ? Au début des années 70, outre-Atlantique, les thérapeutes, divisés en chapelles théoriques, décident de se mettre au travail pour trouver un langage commun. Quelque 20 000 praticiens travailleront pendant des années pour donner naissance au *DSM-III*, en 1980. Le succès sera presque immédiat.

Dans les pays de l'Est, il sera traduit sous le manteau. Plus tard, en Chine et au Japon, il sera adapté aux cultures de ces pays. Seule, ou presque, la France, qui a une école de psychiatrie prestigieuse, fait de la résistance. Quelques groupes de travail tentent de mettre sur pied une réplique. Sans succès. Le *DSM* se veut un outil de communication neutre. Il refuse toute notion qui se fonde sur la seule théorie, excluant par exemple le terme d'hystérie. "*Mais on peut repérer des traces de théories dans le DSM : des notions héritées du comportementalisme, beaucoup de neurobiologie, un peu de psychanalyse...*", précise le psychiatre français Patrick Frémont. En réalité, si tous les pays acceptent la nomenclature du *DSM*, à chaque école psychiatrique de bâtir sa propre clinique, c'est-à-dire sa pratique face aux patients.

* Le *DSM-IV* est paru en français aux éditions Masson en 1996.

** Traduction française parue chez Payot en 1986.

*** Ed. Free Press, Etats-Unis.

-30-



Le Monde.fr

[La république des livres](#)

[L'actualité littéraire, par Pierre Assouline](#)

25 février 2010

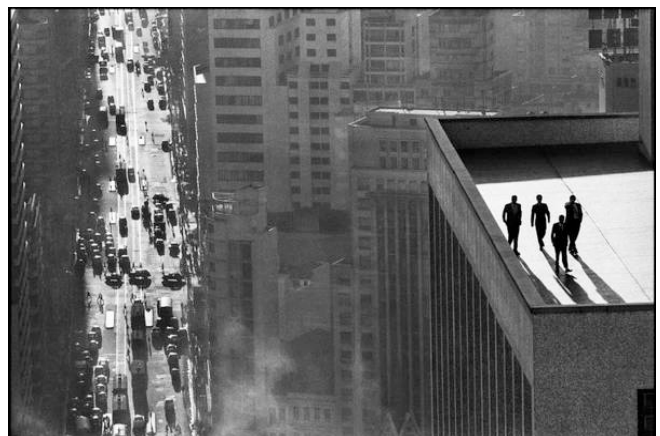
"DSM-5" : le livre qui rend fou

Un livre peut rendre fou. A moins qu'il ne soit pas en vente libre. Disons : restreinte aux professionnels, ce qui n'empêche pas quiconque de se le procurer. Mais il est d'un abord si rébarbatif que bien peu s'y risqueraient. Tant mieux car il causerait bien des dégâts. Il porte le doux titre de *DSM-5* (à paraître en français aux éditions Masson) et il est sous-titré de manière tout aussi poétique *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Quand on y pénètre, on ne sent déjà pas très bien, sinon qu'irait-on y

faire ? Quand on en ressort, on en est malade tant cette bible des psychiatres américains, qui tend à s'imposer et à servir de critère un peu partout dans le monde, élargit considérablement le spectre de la maladie mentale. Jugez-en plutôt par l'édition à venir (en mai 2013) telle que l'auteur, The American Psychiatric Association, l'annonce déjà sur [son site](#). C'est un document de travail, un *work in progress* nécessairement provisoire et incomplet, mais il confirme une tendance à l'oeuvre depuis des années qu'il s'agisse, outre les cas les plus graves (schizophrénie, autisme...) des troubles liés à [l'enfance](#) (des adolescents qui se mettent en colère au moins trois fois par semaine s'y retrouvent), de comportements consécutifs à des [addictions](#) au jeu, à l'internet (à ce compte-là, que de malades sur la "République des livres" !), aux drogues dures et douces, à l'alcool, au café, au tabac et autres substances (avec en prime un intéressant débat sémantique sur le passage de la *dependance* à l'*addiction*) ; [les troubles sexuels](#), qu'il s'agisse du [frotteurisme](#), de [l'éjaculation précoce](#)... ; à la [boulimie](#) et sa cousine l'[anorexie](#) etc

Passionnant et épuisant. D'autant qu'à ce stade, le site est un forum de discussion, avec différents niveaux d'évaluation, pour une nouvelle version en développement. Mais comme le relève justement Anna Lietti dans le dossier très complet qu'elle a consacré à la question dans [Le Temps](#) de Genève, on observe des chassés-croisés d'une édition à l'autre qui doivent davantage à l'air du temps et au *lobbying* qu'à des considérations scientifiques. Ainsi les homosexuels (mais oui, ils y étaient !) ont réussi à en sortir, les asexuels devraient également y parvenir bientôt, au moment où les hypersexuels s'y installent.

On n'est plus dans la nomenclature mais dans une dérive du diagnostic, avec l'établissement de critères qui standardisent les symptômes et nivellent la singularité du sujet. C'est notamment le cas pour le dépistage de troubles psychotiques chez des enfants qui "pourraient" les développer à l'âge adulte. 60 pathologies en 1952, près de 300 quarante ans plus tard, et davantage encore dans la prochaine édition. Qui a intérêt à médicaliser ainsi les émotions sinon les laboratoires pharmaceutiques dont on sait qu'ils peuvent aussi inventer des nouvelles maladies pour coller à de nouveaux médicaments dans une démarche qui relève davantage du marketing que



de la médecine ? Deux livres s'en sont faits l'écho [Aimez-vous le DSM ?](#) de Stuart Kirk et Herb Kutchins (Les empêcheurs de penser en rond, 1998) et plus récemment *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* de [Christopher Lane](#) (Flammarion, 2009). Mais il manque toujours une section au *DSM-5* : celle où l'on expliquerait la pathologie de ceux qui dévorent compulsivement un livre tel que le *DSM*. Car si avant, les néophytes se plongeaient dans le Vidal pour s'y trouver, désormais c'est plutôt de ce côté-là que l'époque les pousse à se perdre et à augmenter leur angoisse de vivre. On imagine les dégâts sur un dépressif. A ceux-là, il faut d'urgence prescrire la lecture des Oeuvres complètes de Samuel Beckett, ne fût-ce que pour y retrouver la page où il est écrit : « *On naît tous fous, quelques uns le demeurent* ».

(Photographies de Léonard Freed et de René Burri -Merci à l'agence Magnum)

SANTÉ

La tristesse est-elle une maladie ?

12/01/2010

Par Allan V. HORWITZ et Jerome C. WAKEFIELD



Jerome C. Wakefield (photo) enseigne le travail social et les fondations conceptuelles de la psychiatrie à l'École de médecine de l'Université de New York.

Allan V. Horwitz est professeur de sociologie à l'Université Rutgers. -

La tristesse est l'une des rares émotions humaines reconnues par toutes les sociétés et à toutes les époques. Certains des récits épiques connus les plus anciens, comme L'Iliade ou Gilgamesh, montrent la tristesse intense des protagonistes à la suite de la perte de proches camarades. Des études anthropologiques effectuées sur un grand nombre de sociétés montrent des émotions de tristesse qui se développent en réponse à une frustration amoureuse, une humiliation ou l'incapacité d'atteindre les objectifs culturels désirés.

Même les primates montrent des signes physiologiques et comportementaux suite à une perte qui ne peuvent être qu'assimilables à la tristesse chez les humains. L'évolution a sans aucun doute conçu les individus avec une propension à ressentir la tristesse à la suite de telles situations.

De même, les troubles mentaux dépressifs sont connus depuis aussi longtemps que l'écriture permet de les consigner. Au Ve siècle avant J.-C., Hippocrate énonçait la première définition connue de la mélancolie (ce que nous appelons aujourd'hui « dépression ») comme trouble spécifique : « Si la crainte ou la tristesse dure longtemps, c'est de la mélancolie. » Les symptômes qu'Hippocrate associait au trouble mélancolique, « perte d'appétit, abattement, insomnie, irritabilité, impatience », sont remarquablement similaires à ceux associés aujourd'hui à la définition moderne de l'épisode dépressif.

Comme Hippocrate, les médecins à travers l'histoire ont reconnu que les symptômes d'une tristesse normale, ou déprime, étaient similaires à ceux des épisodes dépressifs. Les épisodes dépressifs étaient différents des réactions normales parce que soit ils apparaissaient en l'absence de situations qui induisent normalement la tristesse, soit ils étaient d'une durée ou d'une ampleur disproportionnées par rapport à ce qui les avait provoquées.

De telles conditions indiquaient que quelque chose n'allait pas bien chez l'individu, non dans son environnement. La psychiatrie traditionnelle a donc adopté une approche contextuelle pour diagnostiquer les épisodes dépressifs. Le diagnostic d'un trouble ne reposait pas uniquement sur les symptômes, lesquels pouvaient être similaires à ceux de la tristesse normale, ni sur la gravité de l'état, car la tristesse normale peut être sévère et un trouble de la tristesse, modéré, mais bien sur le degré auquel les symptômes étaient une réponse compréhensible aux circonstances.

La distinction entre une tristesse contextuellement justifiée et un trouble dépressif est restée dans l'ensemble inchangée pendant deux mille cinq cents ans. Mais la profession psychiatrique a abandonné cette distinction en 1980, à la publication de la troisième édition de son Manuel officiel de diagnostic, le MDS-III. La définition de l'épisode ou du trouble dépressif majeur (TDM) était désormais basée uniquement sur les symptômes. Tout état qui montre au moins cinq des neuf symptômes, dont une humeur triste, un manque de plaisir, des troubles du sommeil ou de l'appétit, l'incapacité à se concentrer et la fatigue, sur une période de deux semaines est désormais considéré comme un épisode dépressif.

La seule exception est la dépression « sans complications », liée au chagrin. Les symptômes qui répondent habituellement aux critères de l'épisode dépressif majeur ne sont pas considérés comme tels s'ils apparaissent à la suite du décès d'un proche, ne durent pas plus de deux mois et ne présentent pas certains symptômes particulièrement sévères. Pourtant, des symptômes comparables qui apparaissent par exemple après une séparation amoureuse, la perte d'un emploi, ou l'annonce d'une très grave maladie ne sont pas exclus d'un diagnostic de TDM.

La confusion que fait le MDS-III et qui perdure jusqu'à aujourd'hui, entre une tristesse normale intense et un trouble dépressif majeur, est née inopinément de la réponse que la psychiatrie a donné aux défis posés à la profession pendant les années 70. Un puissant groupe de psychiatres chercheurs ne se satisfaisait pas des définitions de la dépression et d'autres troubles mentaux communs énoncées dans certains manuels anciens évoquant la psychanalyse.

Ces premières définitions établissaient une différence entre les sentiments de tristesse proportionnels à la perte contextuelle et ceux qui étaient excessifs par rapport à ce contexte, ces derniers étant considérés comme des troubles. Mais ils pensaient aussi que des conflits inconscients non résolus étaient aussi cause de dépression. Pour supprimer cette notion psychanalytique injustifiée, les chercheurs ont abandonné l'idée de distinguer les conditions naturelles des conditions de trouble par contexte ou étiologie et sont partis du principe que toutes les conditions qui répondaient aux critères symptomatiques devaient être considérées comme des troubles.

Cette nouvelle définition de la dépression a entraîné une médicalisation excessive de la tristesse. Les parents dont l'enfant est très malade, les épouses qui apprennent les histoires extraconjugales de leur mari ou les travailleurs licenciés de manière inattendue d'un bon emploi sont définis comme souffrant de troubles mentaux s'ils développent suffisamment de symptômes répondant aux critères de l'épisode dépressif majeur. C'est le cas même si les symptômes disparaissent aussitôt que l'enfant récupère, que les époux se réconcilient ou qu'un nouvel emploi est retrouvé.

La médicalisation de la tristesse a prouvé qu'elle pouvait être d'un très grand bénéfice aux professions de la santé mentale et médicales. Des millions de personnes recherchent de l'aide spécialisée pour des états qui tombent dans le domaine médicalisé trop inclusif de la définition de la dépression. La dépression est désormais le diagnostic le plus courant dans le traitement psychiatrique de patients externes.

La médicalisation de la dépression est encore plus profitable pour les compagnies pharmaceutiques, dont les ventes d'antidépresseurs ont explosé. Bien qu'il soit impossible de connaître la proportion de ces personnes souffrant simplement d'une tristesse normale qui disparaîtrait avec le temps ou grâce au contexte social, elle est presque certainement très élevée.

Ce ne serait pas difficile pour la psychiatrie de donner une définition plus adéquate du trouble dépressif qui permettrait une démedicalisation des émotions naturelles de la tristesse. Les critères de diagnostic pourraient simplement étendre l'actuelle exclusion du deuil pour englober des états qui se développent après d'autres types de pertes et qui ne sont pas nécessairement sévères ou longs.

Un tel changement permettrait d'admettre ce que les hommes ont toujours compris : la tristesse immense qui résulte de la perte d'un être cher est douloureuse, et c'est aussi un aspect inévitable de la condition humaine, mais ce n'est pas nécessairement un trouble mental.

© Project Syndicate. Traduit de l'anglais par Frédérique Destribats.

The New York Times

The Americanization of Mental Illness



Alex Trochut


By **ETHAN WATTERS** (Ethan Watters lives in San Francisco. This essay is adapted from his book “Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche,” which will be published later this month by Free Press.)

Published: January 8, 2010

Americans, particularly if they are of a certain leftward-leaning, college-educated type, worry about our country’s blunders into other cultures. In some circles, it is easy to make friends with a rousing rant about the McDonald’s near Tiananmen Square, the Nike factory in Malaysia or the latest blowback from our political or military interventions abroad. For all our self-recrimination, however, we may have yet to face one of the most remarkable effects of American-led globalization. We have for many years been busily engaged in a grand project of Americanizing the world’s understanding of mental health and illness. We may indeed be far along in homogenizing the way the world goes mad.

This unnerving possibility springs from recent research by a loose group of anthropologists and cross-cultural psychiatrists. Swimming against the biomedical currents of the time, they have argued that mental illnesses are not discrete entities like the polio virus with their own natural histories. These researchers have amassed an impressive body of evidence suggesting that mental illnesses have never been the same the world over (either in prevalence or in form) but are inevitably sparked and shaped by the ethos of particular times and places. In some Southeast Asian cultures, men have been known to experience what is called amok, an episode of murderous rage followed by amnesia; men in the region also suffer from koro, which is characterized by the debilitating certainty that their genitals are retracting into their bodies. Across the fertile crescent of the Middle East there is zar, a condition related to spirit-possession beliefs that brings forth dissociative episodes of laughing, shouting and singing.

The diversity that can be found across cultures can be seen across time as well. In his book “Mad Travelers,” the philosopher Ian Hacking documents the fleeting appearance in the 1890s of a fugue state in which European men would walk in a trance for hundreds of miles with no knowledge of their identities. The hysterical-leg paralysis that afflicted thousands of middle-class women in the late 19th century not only gives us a visceral understanding of the restrictions set on women’s social roles at the time but can also be seen from this distance as a social role itself — the troubled unconscious minds of a certain class of women speaking the idiom of distress of their time.



“We might think of the culture as possessing a ‘symptom repertoire’ — a range of physical symptoms available to the unconscious mind for the physical expression of psychological conflict,” Edward Shorter, a medical historian at the University of Toronto, wrote in his book “Paralysis: The Rise and Fall of a ‘Hysterical’ Symptom.” “In some epochs, convulsions, the sudden inability to speak or terrible leg pain may loom prominently in the repertoire. In other epochs patients may draw chiefly upon such symptoms as abdominal pain, false estimates of body weight and enervating weakness as metaphors for conveying psychic stress.”

In any given era, those who minister to the mentally ill — doctors or shamans or priests — inadvertently help to select which symptoms will be recognized as legitimate. Because the troubled mind has been influenced by healers of diverse religious and scientific persuasions, the forms of madness from one place and time often look remarkably different from the forms of madness in another.

That is until recently.


For more than a generation now, we in the West have aggressively spread our modern knowledge of mental illness around the world. We have done this in the name of science, believing that our approaches reveal the biological basis of psychic suffering and dispel prescientific myths and harmful stigma. There is now good evidence to suggest that in the process of teaching the rest of the world to think like us, we’ve been exporting our Western “symptom repertoire” as well. That is, we’ve been changing not only the treatments but also the expression of mental illness in other cultures. Indeed, a handful of mental-health disorders — depression, post-traumatic stress disorder and anorexia among them — now appear to be spreading across cultures with the speed of contagious diseases. These symptom clusters are becoming the lingua franca of human suffering, replacing indigenous forms of mental illness.

Dr. Sing Lee, a psychiatrist and researcher at the Chinese University of Hong Kong, watched the Westernization of a mental illness firsthand. In the late 1980s and early 1990s, he was busy documenting a rare and culturally specific form of anorexia nervosa in Hong Kong. Unlike American anorexics, most of his patients did not intentionally diet nor did they express a fear of becoming fat. The complaints of Lee’s patients were typically somatic — they complained most frequently of having bloated stomachs. Lee was trying to understand this indigenous form of anorexia and, at the same time, figure out why the disease remained so rare.

As he was in the midst of publishing his finding that food refusal had a particular expression and meaning in Hong Kong, the public’s understanding of anorexia suddenly shifted. On Nov. 24, 1994, a teenage anorexic girl named Charlene Hsu Chi-Ying collapsed and died on a busy downtown street in Hong Kong. The death caught the attention of the media and was featured prominently in local papers. “Anorexia Made Her All Skin and Bones: Schoolgirl Falls on Ground Dead,” read one headline in a Chinese-language newspaper. “Thinner Than a Yellow Flower, Weight-Loss Book Found in School Bag, Schoolgirl Falls Dead on Street,” reported another Chinese-language paper.

In trying to explain what happened to Charlene, local reporters often simply copied out of American diagnostic manuals. The mental-health experts quoted in the Hong Kong papers and magazines confidently reported that anorexia in Hong Kong was the same disorder that appeared in the United States and Europe. In the wake of Charlene’s death, the transfer of knowledge about the nature of anorexia (including how and why it was manifested and who was at risk) went only one way: from West to East.

Western ideas did not simply obscure the understanding of anorexia in Hong Kong; they also may have changed the expression of the illness itself. As the general public and the region’s mental-health professionals came to understand the American diagnosis of anorexia, the presentation of the illness in Lee’s patient population appeared to transform into the more virulent American standard. Lee once saw two or three anorexic patients a year; by the end of the 1990s he was seeing that many new cases each month. That increase sparked another series



of media reports. “Children as Young as 10 Starving Themselves as Eating Ailments Rise,” announced a headline in one daily newspaper. By the late 1990s, Lee’s studies reported that between 3 and 10 percent of young women in Hong Kong showed disordered eating behavior. In contrast to Lee’s earlier patients, these women most often cited fat phobia as the single most important reason for their self-starvation. By 2007 about 90 percent of the anorexics Lee treated reported fat phobia. New patients appeared to be increasingly conforming their experience of anorexia to the Western version of the disease.

What is being missed, Lee and others have suggested, is a deep understanding of how the expectations and beliefs of the sufferer shape their suffering. “Culture shapes the way general psychopathology is going to be translated partially or completely into specific psychopathology,” Lee says. “When there is a cultural atmosphere in which professionals, the media, schools, doctors, psychologists all recognize and endorse and talk about and publicize eating disorders, then people can be triggered to consciously or unconsciously pick eating-disorder pathology as a way to express that conflict.”

The problem becomes especially worrisome in a time of globalization, when symptom repertoires can cross borders with ease. Having been trained in England and the United States, Lee knows better than most the locomotive force behind Western ideas about mental health and illness. Mental-health professionals in the West, and in the United States in particular, create official categories of mental diseases and promote them in a diagnostic manual that has become the worldwide standard. American researchers and institutions run most of the premier scholarly journals and host top conferences in the fields of psychology and psychiatry. Western drug companies dole out large sums for research and spend billions marketing medications for mental illnesses. In addition, Western-trained traumatologists often rush in where war or natural disasters strike to deliver “psychological first aid,” bringing with them their assumptions about how the mind becomes broken by horrible events and how it is best healed. Taken together this is a juggernaut that Lee sees little chance of stopping.

“As Western categories for diseases have gained dominance, micro-cultures that shape the illness experiences of individual patients are being discarded,” Lee says. “The current has become too strong.”

Would anorexia have so quickly become part of Hong Kong’s symptom repertoire without the importation of the Western template for the disease? It seems unlikely. Beginning with scattered European cases in the early 19th century, it took more than 50 years for Western mental-health professionals to name, codify and popularize anorexia as a manifestation of hysteria. By contrast, after Charlene fell onto the sidewalk on Wan Chai Road on that late November day in 1994, it was just a matter of hours before the Hong Kong population learned the name of the disease, who was at risk and what it meant.

The idea that our Western conception of mental health and illness might be shaping the expression of illnesses in other cultures is rarely discussed in the professional literature. Many modern mental-health practitioners and researchers believe that the scientific standing of our drugs, our illness categories and our theories of the mind have put the field beyond the influence of endlessly shifting cultural trends and beliefs. After all, we now have machines that can literally watch the mind at work. We can change the chemistry of the brain in a variety of interesting ways and we can examine DNA sequences for abnormalities. The assumption is that these remarkable scientific advances have allowed modern-day practitioners to avoid the blind spots and cultural biases of their predecessors.

Modern-day mental-health practitioners often look back at previous generations of psychiatrists and psychologists with a thinly veiled pity, wondering how they could have been so swept away by the cultural currents of their time. The confident pronouncements of Victorian-era doctors regarding the epidemic of hysterical women are now dismissed as cultural artifacts. Similarly, illnesses found only in other cultures are often treated like carnival sideshows. Koro, amok and the like can be found far back in the American diagnostic

manual (DSM-IV, Pages 845-849) under the heading “culture-bound syndromes.” Given the attention they get, they might as well be labeled “Psychiatric Exotica: Two Bits a Gander.”

Western mental-health practitioners often prefer to believe that the 844 pages of the DSM-IV prior to the inclusion of culture-bound syndromes describe real disorders of the mind, illnesses with symptomatology and outcomes relatively unaffected by shifting cultural beliefs. And, it logically follows, if these disorders are unaffected by culture, then they are surely universal to humans everywhere. In this view, the DSM is a field guide to the world’s psyche, and applying it around the world represents simply the brave march of scientific knowledge.

Of course, we can become psychologically unhinged for many reasons that are common to all, like personal traumas, social upheavals or biochemical imbalances in our brains. Modern science has begun to reveal these causes. Whatever the trigger, however, the ill individual and those around him invariably rely on cultural beliefs and stories to understand what is happening. Those stories, whether they tell of spirit possession, semen loss or serotonin depletion, predict and shape the course of the illness in dramatic and often counterintuitive ways. In the end, what cross-cultural psychiatrists and anthropologists have to tell us is that all mental illnesses, including depression, P.T.S.D. and even schizophrenia, can be every bit as influenced by cultural beliefs and expectations today as hysterical-leg paralysis or the vapors or zar or any other mental illness ever experienced in the history of human madness. This does not mean that these illnesses and the pain associated with them are not real, or that sufferers deliberately shape their symptoms to fit a certain cultural niche. It means that a mental illness is an illness of the mind and cannot be understood without understanding the ideas, habits and predispositions — the idiosyncratic cultural trappings — of the mind that is its host.

Even when the underlying science is sound and the intentions altruistic, the export of Western biomedical ideas can have frustrating and unexpected consequences. For the last 50-odd years, Western mental-health professionals have been pushing what they call “mental-health literacy” on the rest of the world. Cultures became more “literate” as they adopted Western biomedical conceptions of diseases like depression and schizophrenia. One study published in *The International Journal of Mental Health*, for instance, portrayed those who endorsed the statement that “mental illness is an illness like any other” as having a “knowledgeable, benevolent, supportive orientation toward the mentally ill.”

Mental illnesses, it was suggested, should be treated like “brain diseases” over which the patient has little choice or responsibility. This was promoted both as a scientific fact and as a social narrative that would reap great benefits. The logic seemed unassailable: Once people believed that the onset of mental illnesses did not spring from supernatural forces, character flaws, semen loss or some other prescientific notion, the sufferer would be protected from blame and stigma. This idea has been promoted by mental-health providers, drug companies and patient-advocacy groups like the National Alliance on Mental Illness in the United States and SANE in Britain. In a sometimes fractious field, everyone seemed to agree that this modern way of thinking about mental illness would reduce the social isolation and stigma often experienced by those with mental illness. Trampling on indigenous prescientific superstitions about the cause of mental illness seemed a small price to pay to relieve some of the social suffering of the mentally ill.

But does the “brain disease” belief actually reduce stigma?

In 1997, Prof. Sheila Mehta from [Auburn University](#) Montgomery in Alabama decided to find out if the “brain disease” narrative had the intended effect. She suspected that the biomedical explanation for mental illness might be influencing our attitudes toward the mentally ill in ways we weren’t conscious of, so she thought up a clever experiment.

In her study, test subjects were led to believe that they were participating in a simple learning task with a partner who was, unbeknownst to them, a confederate in the study. Before the experiment started, the partners exchanged some biographical data, and the confederate informed the test subject that he suffered from a mental illness.

The confederate then stated either that the illness occurred because of “the kind of things that happened to me when I was a kid” or that he had “a disease just like any other, which affected my biochemistry.” (These were termed the “psychosocial” explanation and the “disease” explanation respectively.) The experiment then called for the test subject to teach the confederate a pattern of button presses. When the confederate pushed the wrong button, the only feedback the test subject could give was a “barely discernible” to “somewhat painful” electrical shock.

Analyzing the data, Mehta found a difference between the group of subjects given the psychosocial explanation for their partner’s mental-illness history and those given the brain-disease explanation. Those who believed that their partner suffered a biochemical “disease like any other” increased the severity of the shocks at a faster rate than those who believed they were paired with someone who had a mental disorder caused by an event in the past.

“The results of the current study suggest that we may actually treat people more harshly when their problem is described in disease terms,” Mehta wrote. “We say we are being kind, but our actions suggest otherwise.” The problem, it appears, is that the biomedical narrative about an illness like schizophrenia carries with it the subtle assumption that a brain made ill through biomedical or genetic abnormalities is more thoroughly broken and permanently abnormal than one made ill through life events. “Viewing those with mental disorders as diseased sets them apart and may lead to our perceiving them as physically distinct. Biochemical aberrations make them almost a different species.”

In other words, the belief that was assumed to decrease stigma actually increased it. Was the same true outside the lab in the real world?

The question is important because the Western push for “mental-health literacy” has gained ground. Studies show that much of the world has steadily adopted this medical model of mental illness. Although these changes are most extensive in the United States and Europe, similar shifts have been documented elsewhere. When asked to name the sources of mental illness, people from a variety of cultures are increasingly likely to mention “chemical imbalance” or “brain disease” or “genetic/inherited” factors.

Unfortunately, at the same time that Western mental-health professionals have been convincing the world to think and talk about mental illnesses in biomedical terms, we have been simultaneously losing the war against stigma at home and abroad. Studies of attitudes in the United States from 1950 to 1996 have shown that the perception of dangerousness surrounding people with schizophrenia has steadily increased over this time. Similarly, a study in Germany found that the public’s desire to maintain distance from those with a diagnosis of schizophrenia increased from 1990 to 2001.

Researchers hoping to learn what was causing this rise in stigma found the same surprising connection that Mehta discovered in her lab. It turns out that those who adopted biomedical/genetic beliefs about mental disorders were the same people who wanted less contact with the mentally ill and thought of them as more dangerous and unpredictable. This unfortunate relationship has popped up in numerous studies around the world. In a study conducted in Turkey, for example, those who labeled schizophrenic behavior as *akil hastaligi* (illness of the brain or reasoning abilities) were more inclined to assert that schizophrenics were aggressive and should not live freely in the community than those who saw the disorder as *ruhsal hastaligi* (a disorder of the spiritual or inner self). Another study, which looked at populations in Germany, Russia and Mongolia, found that “irrespective of

place . . . endorsing biological factors as the cause of schizophrenia was associated with a greater desire for social distance.”

Even as we have congratulated ourselves for becoming more “benevolent and supportive” of the mentally ill, we have steadily backed away from the sufferers themselves. It appears, in short, that the impact of our worldwide antistigma campaign may have been the exact opposite of what we intended.

Nowhere are the limitations of Western ideas and treatments more evident than in the case of schizophrenia. Researchers have long sought to understand what may be the most perplexing finding in the cross-cultural study of mental illness: people with schizophrenia in developing countries appear to fare better over time than those living in industrialized nations.


This was the startling result of three large international studies carried out by the [World Health Organization](#) over the course of 30 years, starting in the early 1970s. The research showed that patients outside the United States and Europe had significantly lower relapse rates — as much as two-thirds lower in one follow-up study. These findings have been widely discussed and debated in part because of their obvious incongruity: the regions of the world with the most resources to devote to the illness — the best technology, the cutting-edge medicines and the best-financed academic and private-research institutions — had the most troubled and socially marginalized patients.

Trying to unravel this mystery, the anthropologist Juli McGruder from the University of Puget Sound spent years in Zanzibar studying families of schizophrenics. Though the population is predominantly Muslim, Swahili spirit-possession beliefs are still prevalent in the archipelago and commonly evoked to explain the actions of anyone violating social norms — from a sister lashing out at her brother to someone beset by psychotic delusions.

McGruder found that far from being stigmatizing, these beliefs served certain useful functions. The beliefs prescribed a variety of socially accepted interventions and ministrations that kept the ill person bound to the family and kinship group. “Muslim and Swahili spirits are not exorcised in the Christian sense of casting out demons,” McGruder determined. “Rather they are coaxed with food and goods, feted with song and dance. They are placated, settled, reduced in malfeasance.” McGruder saw this approach in many small acts of kindness. She watched family members use saffron paste to write phrases from the Koran on the rims of drinking bowls so the ill person could literally imbibe the holy words. The spirit-possession beliefs had other unexpected benefits. Critically, the story allowed the person with schizophrenia a cleaner bill of health when the illness went into remission. An ill individual enjoying a time of relative mental health could, at least temporarily, retake his or her responsibilities in the kinship group. Since the illness was seen as the work of outside forces, it was understood as an affliction for the sufferer but not as an identity.

For McGruder, the point was not that these practices or beliefs were effective in curing schizophrenia. Rather, she said she believed that they indirectly helped control the course of the illness. Besides keeping the sick individual in the social group, the religious beliefs in Zanzibar also allowed for a type of calmness and acquiescence in the face of the illness that she had rarely witnessed in the West.

The course of a metastasizing cancer is unlikely to be changed by how we talk about it. With schizophrenia, however, symptoms are inevitably entangled in a person’s complex interactions with those around him or her. In fact, researchers have long documented how certain emotional reactions from family members correlate with higher relapse rates for people who have a diagnosis of schizophrenia. Collectively referred to as “high expressed emotion,” these reactions include criticism, hostility and emotional overinvolvement (like overprotectiveness or constant intrusiveness in the patient’s life). In one study, 67 percent of white American



families with a schizophrenic family member were rated as “high EE.” (Among British families, 48 percent were high EE; among Mexican families the figure was 41 percent and for Indian families 23 percent.)


Does this high level of “expressed emotion” in the United States mean that we lack sympathy or the desire to care for our mentally ill? Quite the opposite. Relatives who were “high EE” were simply expressing a particularly American view of the self. They tended to believe that individuals are the captains of their own destiny and should be able to overcome their problems by force of personal will. Their critical comments to the mentally ill person didn’t mean that these family members were cruel or uncaring; they were simply applying the same assumptions about human nature that they applied to themselves. They were reflecting an “approach to the world that is active, resourceful and that emphasizes personal accountability,” Prof. Jill M. Hooley of [Harvard University](#) concluded. “Far from high criticism reflecting something negative about the family members of patients with schizophrenia, high criticism (and hence high EE) was associated with a characteristic that is widely regarded as positive.”

Widely regarded as positive, that is, in the United States. Many traditional cultures regard the self in different terms — as inseparable from your role in your kinship group, intertwined with the story of your ancestry and permeable to the spirit world. What McGruder found in Zanzibar was that families often drew strength from this more connected and less isolating idea of human nature. Their ability to maintain a low level of expressed emotion relied on these beliefs. And that level of expressed emotion in turn may be key to improving the fortunes of the schizophrenia sufferer.

Of course, to the extent that our modern psychopharmacological drugs can relieve suffering, they should not be denied to the rest of the world. The problem is that our biomedical advances are hard to separate from our particular cultural beliefs. It is difficult to distinguish, for example, the biomedical conception of schizophrenia — the idea that the disease exists within the biochemistry of the brain — from the more inchoate Western assumption that the self resides there as well. “Mental illness is feared and has such a stigma because it represents a reversal of what Western humans . . . have come to value as the essence of human nature,” McGruder concludes. “Because our culture so highly values . . . an illusion of self-control and control of circumstance, we become abject when contemplating mentation that seems more changeable, less restrained and less controllable, more open to outside influence, than we imagine our own to be.”

Cross-cultural psychiatrists have pointed out that the mental-health ideas we export to the world are rarely unadulterated scientific facts and never culturally neutral. “Western mental-health discourse introduces core components of Western culture, including a theory of human nature, a definition of personhood, a sense of time and memory and a source of moral authority. None of this is universal,” Derek Summerfield of the Institute of Psychiatry in London observes. He has also written: “The problem is the overall thrust that comes from being at the heart of the one globalizing culture. It is as if one version of human nature is being presented as definitive, and one set of ideas about pain and suffering. . . . There is no one definitive psychology.”

Behind the promotion of Western ideas of mental health and healing lie a variety of cultural assumptions about human nature. Westerners share, for instance, evolving beliefs about what type of life event is likely to make one psychologically traumatized, and we agree that venting emotions by talking is more healthy than stoic silence. We’ve come to agree that the human mind is rather fragile and that it is best to consider many emotional experiences and mental states as illnesses that require professional intervention. (The National Institute of Mental Health reports that a quarter of Americans have diagnosable mental illnesses each year.) The ideas we export often have at their heart a particularly American brand of hyperintrospection — a penchant for “psychologizing” daily existence. These ideas remain deeply influenced by the Cartesian split between the mind and the body, the Freudian duality between the conscious and unconscious, as well as the many self-help philosophies and schools of therapy that have encouraged Americans to separate the health of the individual from the health of the group.



These Western ideas of the mind are proving as seductive to the rest of the world as fast food and rap music, and we are spreading them with speed and vigor.

No one would suggest that we withhold our medical advances from other countries, but it's perhaps past time to admit that even our most remarkable scientific leaps in understanding the brain haven't yet created the sorts of cultural stories from which humans take comfort and meaning. When these scientific advances are translated into popular belief and cultural stories, they are often stripped of the complexity of the science and become comically insubstantial narratives. Take for instance this Web site text advertising the antidepressant [Paxil](#): "Just as a cake recipe requires you to use flour, sugar and baking powder in the right amounts, your brain needs a fine chemical balance in order to perform at its best." The Western mind, endlessly analyzed by generations of theorists and researchers, has now been reduced to a batter of chemicals we carry around in the mixing bowl of our skulls.

All cultures struggle with intractable mental illnesses with varying degrees of compassion and cruelty, equanimity and fear. Looking at ourselves through the eyes of those living in places where madness and psychological trauma are still embedded in complex religious and cultural narratives, however, we get a glimpse of ourselves as an increasingly insecure and fearful people. Some philosophers and psychiatrists have suggested that we are investing our great wealth in researching and treating mental illness — medicalizing ever larger swaths of human experience — because we have rather suddenly lost older belief systems that once gave meaning and context to mental suffering.

If our rising need for mental-health services does indeed spring from a breakdown of meaning, our insistence that the rest of the world think like us may be all the more problematic. Offering the latest Western mental-health theories, treatments and categories in an attempt to ameliorate the psychological stress sparked by modernization and globalization is not a solution; it may be part of the problem. When we undermine local conceptions of the self and modes of healing, we may be speeding along the disorienting changes that are at the very heart of much of the world's mental distress.

MEDIAPART

Psychiatrie: l'inadmissible mise à mort des groupes d'entraide mutuelle

10 Mars 2010 Par [guy Baillon](#)

Edition : [Contes de la folie ordinaire](#)

Avec l'inadmissible mise à mort, en février 2010, des groupes d'entraide mutuelle, salués par tous comme le diamant de la psychiatrie depuis 2005, l'Etat, à la veille des régionales, vient de se faire un terrible «croc-en-jambe». Il vient de détruire un espoir «formidable» qui tient à cœur des familles et des usagers de la santé mentale (représentant tout de même plus de 2 millions de personnes), et des acteurs de la psychiatrie et de l'action sociale (plusieurs centaines de milliers de travailleurs).

Ceci au moment précis où chaque année a lieu la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM), du 14 au 21 mars: occasion où dans toute la France, tout ce monde se rassemble en diverses manifestations pour faire connaître à la population française la progression de la lutte contre la stigmatisation dont la folie et la psychiatrie sont l'objet, et comment les soins s'améliorent. (*en pleine élection !*)

En effet, une lettre du 22 février émanant de la nouvelle Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), remplaçant celle de l'action sociale (DGAS), adressée à tous les départements, donne ordre de diminuer la subvention annuelle de chacun des 330 Groupes d'entraide mutuelle (GEM) de 4.000 euros.

Elle précise que le montant global de cette réduction sera attribué aux grandes associations nationales qui en sont les «parrains» (Fnapsy, Unafam, Croix Marine) et à deux autres (n'ayant aucun rapport avec les GEM). C'est semer l'opprobre sur ces associations : de l'argent est retiré à leurs filleules pour que les parrains en profitent ! Ces associations ont aussitôt réagi en exprimant leur colère. Mais la lettre est déjà diffusée à toutes les DASS.

Les GEM vont perdre cette somme ! Cela vaut la peine d'expliquer ce que cela représente : leurs 75.000 euros annuels sont prévus pour payer deux animateurs, acteurs essentiels pour stimuler le dynamisme de ces personnes isolées et abandonnées hors des soins et des actions sociales ; les GEM doivent en plus se trouver un local (dans les grandes villes cela peut aller pour 50 m2, ce qui est minuscule pour 40 à 80 personnes, jusqu'à 18.000euros) y ajouter électricité, eau, assurances, téléphone, un peu d'alimentation, quelques fournitures pour habiller l'espace et les activités quotidiennes : les 4.000 euros vont supprimer l'essentiel de ce qui fait là les miracles pour les rencontres quotidiennes.

Par ailleurs, cette décision, cinq ans après la création des premiers, va provoquer «l'insécurité» chez les associations gérant les GEM, voire la panique : qui peut assurer que chaque année une raison ne sera pas trouvée pour justifier que l'Etat n'ordonne de «rogné» un peu plus ?

Qu'est-ce que les GEM ? C'est une belle histoire dans la psychiatrie, cette même psychiatrie pour laquelle on construit maintenant des prisons. Là c'est tout le contraire.

Les GEM sont nés dans la continuité de l'histoire de la psychiatrie française, tout en étant une étape nouvelle. C'est en effet autour de son ancêtre, le club thérapeutique, que la psychiatrie française a commencé à secouer les chaînes de l'écrasement de la folie par la machine hospitalière.

Ce club a été inventé à Saint-Alban entre 1940 et 1945. C'était à la fois une arme défensive contre l'occupant (alors que 45.000 malades mentaux mouraient de faim dans les hôpitaux psychiatriques français), et un instrument thérapeutique d'une haute valeur. C'est en effet en accompagnant les patients hors de l'hôpital que les soignants les ont sauvés de la famine en organisant avec eux un club pour coordonner avec la population environnante la maîtrise de leur alimentation, les patients avaient des rôles clés dans le club et faisaient preuve d'adresse et de compétences.

C'est grâce à cet outil (la psychothérapie institutionnelle, PI) que les soignants ont compris qu'en permettant aux patients de participer à la vie de la collectivité, hors hiérarchie, en partageant avec eux les différentes tâches de la vie quotidienne, ils donnaient accès aux patients à leurs propres ressources psychiques, les mettant en place «d'acteurs» et que cela avait une grande valeur thérapeutique (ceci donc avant l'apparition des neuroleptiques). Sous l'influence de ces acteurs, l'Etat a défini en 1960 « la politique de secteur » comme une « pratique de soin » s'appuyant sur les ressources «psychiques» de l'environnement social des patients. En fait, un décalage s'est introduit entre cette politique et l'invention des clubs qui allait beaucoup plus loin, puisque la politique de secteur modifiait seulement les rapports entre les soignants et la société, mais les patients n'obtenaient pas dans la gestion de l'hôpital la co-responsabilité obtenue avec les clubs, facteur de guérison.

Il a fallu attendre 50 ans ! 50 ans pour que les familles et les usagers fassent à leur tour la même découverte. Comprenant que les soins des troubles psychiques d'un côté, les compensations sociales des handicaps psychiques de l'autre, étaient encore insuffisantes pour accompagner un certain nombre des patients-usagers dans leur recherche d'une place dans la société (car persiste pour ces derniers un sentiment de dépendance très profond), familles et usagers ont puisé tant dans l'expérience des clubs thérapeutiques que dans celle des Clubs-house inventés aux USA vers 1960. L'Unafam (familles) et la Fnapsy (usagers) associées à la Croix Marine (fille de la PI) ont convaincu l'Etat (certains de ses agents étaient particulièrement ouverts à la vulnérabilité et aux potentialités des malades psychiques) qu'il était opportun, avec la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique, de créer les GEM (1).

En février, survient cette décision brutale, inattendue. Est-ce un coup de Jarnac ?

Serait-il dû au fait que la loi 2005-102 reconnaissant enfin l'existence du handicap psychique, c'est-à-dire des conséquences sociales des troubles psychiques graves, a été promulguée grâce à l'action déterminée et personnelle de Jacques Chirac ? Ce serait machiavélique à la veille d'élections. Non, c'est plus simple, mais d'une certaine façon c'est pire. Cela s'est produit en janvier, à l'occasion d'un changement d'agents ministériels. Cela veut donc dire que ce qui a été réalisé du temps de Jacques Chirac n'a aucun intérêt aux yeux du ministre. Plus simplement, nous sommes obligés de constater que cette avancée remarquable des GEM est d'une extrême fragilité, car en réalité ni le ministre, ni aucun responsable n'en a compris la valeur, la richesse et la portée. Qualités rares et du coup exceptionnelles, surtout lorsqu'elles sont rapportées à leur coût infime par rapport au budget de la santé. L'indifférence et l'incompétence en matière de santé mentale règnent-elles en maîtres au ministère de la Santé en France ? Est-ce vraiment pour faire des économies ? Pendant ce temps-là, l'Etat ouvre en grandes pompes de nouveaux centres de rétention pour malades mentaux dits dangereux, et élève à nouveau de plusieurs mètres les murs des hôpitaux, tout cela à prix d'or. Car cela coûte cher les murs. De qui se moque-t-on ?

N'y aura-t-il personne pour oser dire au Président qu'il a dans les GEM un des plus beaux diamants de la santé mentale, hors cadres habituels, et qu'en raison de l'ignorance de ses agents, ce diamant va être sauvagement abandonné ? Brisé. N'y a-t-il vraiment personne dans l'entourage du Président pour lui expliquer ce qu'est la folie, ce que peut faire la psychiatrie, ce qu'en complément les patients entre eux sont capables de s'apporter ?

L'originalité de ces GEM, c'est que pour y entrer les usagers n'ont pas besoin de passer par le sigle du handicap, la connaissance mutuelle de la souffrance psychique grave leur permet de reconnaître celui qui souffre et peut entrer. La subvention met à leur disposition le recrutement et la compétence de deux animateurs à qui ils indiquent les

activités qui leur plaisent le plus. Ceci est assuré par le fait que l'association qui coordonne le GEM est composée à la très grande majorité d'usagers ; il s'agit donc d'autogestion, amplement contrôlée par le bilan d'activités annuel. C'était un exploit que d'avoir créé ces espaces créatifs. La fin de cette expérience serait une catastrophe, car elle apporte un témoignage sur les potentialités des patients, redonne un espoir fou aux familles, et en retour éclaire d'un jour nouveau les apports de la psychiatrie et de l'action sociale dont elle devient un complément d'une rare qualité.

Ce rêve est fini ? Il aura duré à peine 5 ans. Il a été accompagné avec timidité puis émerveillement par les familles, et aussi par des soignants. Il a mis en évidence la validité des associations d'usagers, et de leur fédération, la Fnapsy. Il a suffi d'un changement d'acteur au ministère pour que tout soit cassé. N'y a-t-il donc vraiment personne au gouvernail ?

Est-ce que ce bateau France n'est pas en train de naviguer «en pleine insécurité» ?

Mais non ! Voyons ! D'ailleurs nos médias, comme à l'habitude, vont aussitôt crier que la psychiatrie ne fait pas bien son travail, que les fous sont dans la rue, surchargent les prisons. C'est tellement plus facile de casser ! Alors que construire patiemment dans la solidarité, cela demande en effet du temps, de la confiance mutuelle, de la patience, un peu d'humanité.

Solennellement, il pourrait être affirmé au Président (au risque de nous contredire puisque nous n'aimons pas sa politique sécuritaire), que s'il doublait la subvention des GEM pour en créer 300 de plus en un an, il serait sûr d'augmenter de dix points la sécurité dans le monde de la psychiatrie, donc dans la société entière. Cette dépense serait dix fois plus modeste que l'une des quatre forteresses qu'il construit. Mais cette sécurité là est d'un niveau supérieur, ce n'est pas la sécurité contre le crime, c'est la sécurité de l'âme.

Guy Baillon, psychiatre des hôpitaux

(1) (circulaire du 29 août 2005). Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat aux handicapés, obtient de Bercy en 2005 la somme de 24.000.000 € assurant la création de 300 GEM. En deux ans 330 étaient ouverts. Ils ont aussitôt prouvé que les promoteurs et l'Etat avaient inventé un outil qui est reconnu comme un des joyaux de notre Santé Mentale (hors structure de soin ou sociale). Les personnes, anciens patients, et patients actuels, préférant se nommer usagers, pour refuser l'étiquette de malade, et afficher leur indépendance, découvrent là ensemble, comme dans le club de St Alban, qu'ils ont gardé une capacité d'invention, de goût à la vie, de débrouillardise dans la vie quotidienne, à tel point que peu à peu ils retrouvent du punch pour affronter la vie sociale moderne (dont on peut constater qu'elle n'est ni accueillante ni généreuse). Dans leur petite association ils font comme dans toutes les associations 1901 la découverte et l'apprentissage de la démocratie. Certes ces usagers, qui préfèrent s'appeler membres, se disent 'pairs' dans ces GEM, mais ont aussi besoin d'appuis divers, de conseils, tant pour la gestion que pour certains aspects du fonctionnement. Les trois grandes associations qui ont permis leur naissance restent proches, veillent sur leur évolution et les protègent de deux formes de prédateurs -les uns cherchant à se faire passer pour usagers, se disant pairs-aidants, attitude perverse des joueurs de flute des contes, -les autres agents officiels 'grincheux' critiquant les 'écarts' que certains GEM auraient dans leur gestion, veulent demander au ministère de les surveiller de si près en les évaluant qu'ils leur feront perdre leur autonomie. Mais jusqu'à janvier 2010 l'Etat a joué son rôle de soutien et de coordonnateur avec vigilance et pertinence.