

Philip Thomas, M.D. Qu'est ce que la "Psychiatrie Critique"? 21 Janvier 2013

Traduction P.Landman

Au cours des vingt dernières années on a vu l'émergence d'un corpus de travaux questionnant les concepts sur lesquels reposent la connaissance et la pratique psychiatrique. Ces travaux qui ont pris l'aspect d'articles universitaires, d'articles de revues, de livres, de chapitres au sein de livres, n'ont pas été écrits par des universitaires, des sociologues ou des théoriciens de la culture. Ils sont le fruit des plumes et de la pratique d'un groupe de psychiatres britanniques.

Ce n'est pas de l'antipsychiatrie. Il existe des différences importantes entre l'antipsychiatrie des années 1960 et la psychiatrie critique de nos jours; il y a aussi d'importants points de convergence, mais les deux cependant sont différents. Quelques unes des similitudes et des différences s'éclairciront au fur et à mesure que ces séries de blogs que je publierai en ligne à l'occasion en complément des blogs narratifs , évolueront au cours du temps.

Dans ces séries de publication en ligne, qui apparaîtront sous l'étiquette de "Psychiatrie Critique" je veux présenter un aperçu de quelques travaux. Cela pour la raison que l'intérêt pour la psychiatrie critique va grandissant , en particulier aux USA. Des exposés de psychiatres britanniques tenants de la psychiatrie critique sont prévus à la réunion annuelle de l'APA à San Francisco et à l'institut des services psychiatriques de Philadelphie tous deux cette année. Ces séries de blogs sont aussi la voie d'une avant première d'un livre que j'écris sur la psychiatrie critique britannique qui sera publiée prochainement chez PCCS Books

-<http://www.pccs-books.co.uk>- surveillez ce site!

En fait qu'est ce qu'est exactement la "Psychiatrie Critique"? L'essentiel de ce corpus a été écrit par un petit groupe de psychiatres, tous sont ou ont été des psychiatres praticiens au sein du NHS (système de santé publique britannique) en Angleterre. Tous sont associés au réseau de la psychiatrie critique

- <http://www.criticalpsychiatry.co.uk>- qui a tenu sa première réunion à Bradford en Angleterre en 1999. Les membres les plus actifs que ce groupe a en son sein ont écrit dix livres d'auteurs individuels ou à deux, dix livres édités avec quarante deux chapitres et cent trente sept articles principalement dans des journaux soumis à la procédure d'examen par des pairs. Une étude de ces travaux révèle qu'ils couvrent cinq thèmes :

1)Les problèmes du diagnostic en psychiatrie

2°Les problèmes de la médecine fondée sur des faits probants (Evidence Based Medecine ou

EBM) en psychiatrie et corrélativement les rapports entre l'industrie pharmaceutique et la psychiatrie.

3)Le rôle central des contextes and des significations dans la théorie et la pratique psychiatrique et le rôle des contextes dans lesquels les psychiatres travaillent.

4)Les problèmes de la coercition en psychiatrie.

5)Les bases historiques et philosophiques de la connaissance et de la pratique psychiatrique.

Ces thèmes ne sont pas mutuellement exclusifs, par exemple il existe une relation étroite entre certains aspects des problèmes liés au diagnostic en particulier le problème de la validité, et les problèmes de l'EBM. De plus les problèmes du diagnostic en psychiatrie peuvent aussi être vus dans les termes d'un ensemble de questions comme la question de l'application des méthodes d'investigation scientifique aux sujets humains . Ce problème à son tour est relié à une troisième question celle de non prise en compte des contextes et des significations dans la pratique psychiatrique contemporaine. Et à un niveau conceptuel tous ces problèmes peuvent se comprendre dans les termes de trois questions philosophiques clé, la nature de la connaissance et les différentes voies de la connaissance du monde (épistémologie), la nature de la relation entre le corps et le psychisme(ou l'esprit) et la relation entre le psychisme et le monde en particulier le monde social.

Ces trois questions sont d'une importance fondamentale pour comprendre les limitations de la psychiatrie scientifique. Le plus important de tout, cependant, c'est le centrage sur les implications morales et éthiques de l'utilisation de la connaissance scientifique (qu'elle soit biologique, psychologique, sociologique) à propos de la folie et de la détresse. Enfin la pensée critique philosophique a beaucoup à offrir quand elle s'attache à comprendre comment ces différents problèmes de connaissance et de pratique psychiatrique sont en rapport. Dans ce blog je vais traiter le premier de ces thèmes. Des blogs postérieurs dans les mois suivants traiteront des autres thèmes.

Les problèmes du diagnostic en psychiatrie:

Les écrits des psychiatres critiques voient les problèmes du diagnostic en psychiatrie dans deux domaines : les problèmes en rapport avec les bases scientifiques des diagnostics en psychiatrie et les problèmes moraux qui sont soulevés par l'utilisation du diagnostic psychiatrique.

Les bases scientifiques du diagnostic en psychiatrie:

Joanna Montcrieff (1997) a pointé qu'en dépit d'une recherche scientifique extensive il n'y a pas de preuves convaincantes que des causes spécifiques biologiques entrent en ligne de

compte aussi bien dans la schizophrénie que dans la dépression. Des conseils de recherche, des organismes de financement ont investi des sommes d'argent considérables au cours des années dans la quête des bases biologiques de l'état appelé schizophrénie mais sans succès. Les chercheurs en génétique moléculaire, neuro-imagerie et dans les autres champs neuro-scientifiques amplifient de manière persistante l'intérêt de leurs découvertes. Duncan Double (2000) questionne aussi les preuves pour soutenir l'idée d'une base biologique des diagnostics psychiatriques. Il pointe que le bas niveau d'accord sur le diagnostic de schizophrénie entre psychiatres dans des pays différents a entravé la recherche psychiatrique.

Jusqu'aux années 70 les psychiatres américains avaient une conception plus large de la schizophrénie que leurs collègues britanniques qui utilisaient le diagnostic beaucoup moins fréquemment. Il montre aussi que la théorie monoaminique de la dépression et la théorie dopaminergique de la schizophrénie ont été développées après l'introduction de médicaments dont on prétendait qu'ils soignaient ces états. Avant cela il n'existait qu'un intérêt restreint pour les neurotransmetteurs comme la dopamine et les monoamines. Cela a émergé quand la recherche en laboratoire a attiré l'attention sur les effets de ces produits sur les neurotransmetteurs. Seulement alors ces théories ont émergé. Par contraste, la découverte de produits pour traiter les affections neurologiques comme la maladie de Parkinson est le résultat d'une recherche étendue en laboratoire sur le rôle de la dopamine comme neurotransmetteur.

La base biologique de la schizophrénie reste hors d'atteinte et non étayée (Thomas, 2011). L'une des raisons à cela comme l'a montré Duncan Double (2002) c'est le faible niveau d'accord entre psychiatres sur le diagnostic. Ce fut un des facteurs d'un changement de direction vers une psychiatrie plus scientifique, proclamé par le DSM III. La première édition du DSM publiée en 1952 donnait des définitions et des critères pour 106 catégories de troubles psychiatriques, mais la publication de la quatrième édition en 1994 a vu ce nombre enflé jusqu'à 354. La troisième édition a encouragé la réification d'états psychologiques : la phobie sociale, le syndrome de stress post traumatique, par exemple ont été inclus pour la première fois dans les classifications internationales dans le DSM III. (Double 2002:902). La troisième édition, suggère-t-il a coïncidé avec l'influence croissante de la psychiatrie scientifique, et un retour des valeurs exposées cent ans plus tôt par le psychiatre allemand Emil Kraepelin.

Sami Timimi (2004) argumente que le diagnostic de TDAH (trouble avec déficit de l'attention et hyperactivité), est une construction culturelle. Il montre qu'il n'existe pas de marqueurs spécifiques ni biologiques ni psychologiques de cet état et que le résultat des désaccords et incertitudes sur la définition du TDAH c'est la large variation dans sa prévalence. Une chose est claire à partir des études épidémiologiques c'est que cet état est devenu de plus en plus commun au cours du temps. Dans le but de comprendre cela nous devons adopter une perspective culturelle, et en particulier les récents changements dans la culture occidentale.

L'expansion du diagnostic a été aussi une caractéristique de la pédopsychiatrie.

Jusqu'à relativement récemment l'accent était mis sur le développement de l'enfant, la famille, et la compréhension psycho-dynamique et sociale de l'enfance. Sami Timimi (2004a) montre qu'avant l'introduction du DSM III, la dépression était un diagnostic peu courant pour les enfants. Il était aussi considéré comme différent de la dépression chez l'adulte, et ne répondant pas aux antidépresseurs. Cela a changé quand un groupe influent de pédopsychiatres universitaires a prétendu que la dépression de l'enfant était plus courante que ce que pensait nombre de personnes et qu'elle répondait aux traitements physiques. Sami Timimi remarque que le critère courant de diagnostic de dépression est si large qu'il est sans utilité. Beaucoup d'enfants peuvent être identifiés comme porteur d'une quelconque forme de trouble psychiatrique. De plus il existe un bas niveau d'accord pour différencier le diagnostic de dépression des problèmes psychosociaux qui lui sont habituellement associés. Cela soulève des doutes sérieux sur la valeur de constructions comme dépression de l'enfant.

Les Problèmes moraux du diagnostic:

En Grande Bretagne cela se voit de manière très tragique dans la confrontation problématique entre la psychiatrie et les populations noires et appartenant à des minorités ethniques. Suman Fernando (1991) remarque que la croyance en la neutralité du savoir et de la pratique psychiatriques a aidé à dissimuler les hypothèses racistes sur lesquelles elles se fondent. Ce problème fonctionne à l'échelon national et globalement. En Grande Bretagne on a accumulé une grande quantité de preuves au cours des cinquante dernières années que la prévalence de la schizophrénie est beaucoup plus élevée dans les populations appartenant aux communautés afro-carraïbéenne, particulièrement chez les jeunes hommes. Ce fait, allié à cette perception raciste largement admise que les jeunes hommes noirs sont dangereux, est lié à un plus haut taux de contrainte et de coercition que ces jeunes hommes noirs subissent dans les services psychiatriques. Les jeunes hommes noirs sont plus susceptibles de recevoir des traitements

physiques et des doses plus élevées de médicaments à l'hôpital que les autres groupes.

Mais le problème ne s'arrête pas là. Les théories psychiatriques ont recours à des explications racistes concernant l'incidence élevée de la schizophrénie dans la population noire, fondées soit sur des supposées différences biologiques ou génétiques entre les noirs et la majorité blanche, soit sur les structures familiales ou styles de vie(en particulier l'usage du cannabis) dont on dit qu'elles sont la caractéristique des cultures afro-carraïbéenne. La psychiatrie situe de manière consistante les origines du problème de la schizophrénie dans la biologie ou la culture de ces jeunes hommes, et pas dans les expériences de racisme et de discrimination qui caractérisent de façon éminente leurs vies. C'est un sérieux échec moral.

Le racisme est une question difficile pour les professionnels à laquelle ils doivent faire face. Kwame McKenzie (2003) fait la remarque que les expériences de racisme ont des effets indésirables sur la santé de ceux qui en sont affectés. Cela se voit dans l'élévation de l'incidence de l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires, l'anxiété, la dépression et les psychoses dans la population noire.

Ecrivain dans le contexte du rapport Macpherson sur l'échec de la police urbaine à entraîner des poursuites dans l'affaire du meurtre raciste de l'adolescent noir Stephen Lawrence, MacKenzie(1999) fait remarquer que comme la police les médecins sont offensés par les accusations de racisme. C'est là où l'idée de racisme institutionnel est utile, car il donne un éclairage sur la façon dont les valeurs et les structures des services de santé mentale opèrent à leur insu une discrimination à l'égard des groupes minoritaires.

Plus généralement, comme Duncan Double (2002) le fait remarquer, l'utilisation du diagnostic fondé sur des explications biologiques de l'expérience élimine la possible portée de la signification de l'état de détresse psychique, et obscurcit ses origines sociales et psychologiques. Cela encourage les gens à se voir impuissants à faire quoi que ce soit pour résoudre leurs problèmes. Cela a des implications importantes sur la guérison.

L'utilisation du diagnostic est devenu un outil important dans les tentatives de l'industrie pharmaceutique pour étendre ses intérêts commerciaux globaux, et Suman Fernando (1991) fait remarquer que cela a des conséquences dommageables sur les modes de compréhension locaux de la détresse psychique et de la folie et sur les systèmes de prise en charge qui sont fondés sur eux, particulièrement dans les pays non occidentaux. Le mode de compréhension scientifique occidental de la détresse psychique s'origine dans des conceptions historiques et philosophiques du moi qui sont des caractéristiques de la civilisation occidentale. Les organismes internationaux comme l'OMS exercent des pressions supplémentaires sur les

nations non occidentales pour leur faire adopter les "solutions" au problème de la folie, endossant indirectement l'agenda de l'industrie pharmaceutique et un affaiblissement plus avancé des systèmes de prise en charge locaux. Un soutien à ce point de vue provient de l'article que Pat Bracken et moi avons écrit (Bracken & Thomas, 2001), dans lequel il est argumenté que les explications scientifiques de la détresse psychique exemplifiées par le DSM prennent racine dans la vision que la souffrance humaine finira par céder devant le progrès scientifique.

La notion de progrès à travers la pensée rationnelle scientifique prend son origine dans le mouvement des lumières européennes. Un des résultats importants de cette période de pensée et d'histoire a été le remplacement de la croyance religieuse et la superstition par la science et la rationalité dans nos tentatives de comprendre nos vies et notre relation au monde. L'approche scientifique, qui a atteint son apogée avec la décade du cerveau, a remplacé une large variété de modes de compréhension non scientifiques de la folie et de la détresse psychique, d'abord en Europe puis de façon croissante à travers le globe.

S'il est vrai que les diagnostics psychiatriques n'ont pas de base scientifique ferme et qu'ils ne sont rien de plus que des jugements consensuels produits par des comités d'experts, alors il ne serait pas étonnant de découvrir que des facteurs politiques jouent un rôle important dans leur création et leur abolition. Il y a quarante ans les "establishments" Britanniques et américains attaquèrent à juste titre l'ancienne Union Soviétique pour son usage du diagnostic de schizophrénie lente comme moyen de réduire les dissidents au silence. Au même moment les activistes gays aux USA ont mené une campagne politique pour faire retirer l'homosexualité comme diagnostic psychiatrique dans le DSM, et en 1973 il fut remplacé par la catégorie de perturbation de l'orientation sexuelle. Derek Summerfield attire l'attention sur la nature politique du diagnostic psychiatrique et les problèmes moraux que cela soulève. Il fait remarquer que le Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD) était un aboutissement de nature politique et non scientifique.

A la suite de la guerre du Vietnam le mouvement anti guerre US a persuadé la psychiatrie militaire de fournir une aide et un soutien aux vétérans. Il en est résulté que le diagnostic de PTSD a remplacé les conceptions antérieures d'épuisement au combat et névrose de guerre et que l'attention a été attirée sur la nature traumatique de la guerre. En faisant cela le diagnostic a aussi transformé les vétérans du Vietnam d'auteurs d'atrocités en temps de guerre en victimes de traumas ; la catégorie a légitimé la "victimisation", a donné une disculpation morale...' (Summerfield, 2001 : 95). Le diagnostic de PTSD est moins en rapport avec la

science et les catégories naturelles qu'avec des combats politiques internes pour sauver la conscience d'une nation après un terrible conflit.

Les concepts occidentaux du trauma et du diagnostic de PTSD tentent de redéfinir les conséquences morales du conflit. dans un autre article Derk Summerfield montre que les études sur les résidents en zona de guerre ont tendance à interpréter les sentiments de vengeance comme un indicateur de mauvaise santé mentale (Summerfield, 2002). Par exemple en Croatie un projet mené par des étrangers a dit aux enfants croates affectés par la guerre que ne pas haïr les serbes les aiderait à guérir du trauma; En Afrique du Sud les études sur les victimes de l'apartheid ont trouvé que le PTSD était de façon significative plus courant chez ceux qui ne pardonnent pas (selon les scores mesurés sur une échelle du pardon).

Celles là et des études similaires ont accredité la vision que le pardon est nécessaire à la guérison. Ainsi les réponses émotionnelles de ceux qui sont affectés par la guerre, "traumatisation" ou "brutalisation" sont considérés comme dommageables et nécessitant une modification. Cette croyance remarque-t-il fournit la base pour des interventions de soutien par des organismes d'aide occidentaux. Il met en cause cette vision, en demandant si la colère et le besoin de vengeance sont nécessairement une mauvaise chose. Ils attirent l'attention sur l'injustice qui conduit à la souffrance en premier lieu, et sur l'importance de la cohésion sociale et la solidarité comme réponse sociale et culturelle aux injustices de la guerre.

Références:

- Bracken, P. & Thomas. P. (2001) Postpsychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322, 724 – 727.
- Double, D. (2000) *Critical Psychiatry*. CPD Bulletin Psychiatry, 2, 33 – 36.
- Double, D. (2002) *The Limits of Psychiatry*. *British Medical Journal*, 324, 900-904.
- Fernando, S. (1991) *Mental Health, Race and Culture*. Macmillan / Mind Publications, London. (1st edition).
- McKenzie, K. (1999) *Something borrowed from the blues?* *British Medical Journal*, 318, 616 – 617.
- McKenzie, K. (2003) *Racism and Health*. *British Medical Journal*, 326, 66.
- Moncrieff, J. (1997) *The medicalisation of modern living*. *Soundings*, 6, 63 – 72.
- Summerfield, D. (2001) *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*. *British Medical Journal* 322, 95 – 98.
- Summerfield, D. (2002) *Effects of war: Moral knowledge, revenge, reconciliation, and*

medicalised concepts of recovery. *British Medical Journal*, 325, 1105-1107.

-Thomas, P. (2011) Biological explanations for and responses to madness. Chapter Fourteen in (eds. D. Pilgrim, A. Rogers and B. Pescosolido) *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London, Sage. (pp 291 – 312).

-Timimi, S. (2004) In Debate: ADHD is best understood as a cultural construct – For. *British Journal of Psychiatry (In Debate)* 184, 8-9.

-Timimi, S. (2004a) Rethinking childhood depression. *British Medical Journal*, 329, 1394-1397.

-Philip Thomas, M.D. Philip Thomas, M.D. *English Madness: The founder and co-chair of the Critical Psychiatry Network, psychiatrist Philip Thomas writes of madness, meaning and culture.*