

## RECENSION DU LIVRE

DE

CHRISTOPHER LANE

### *COMMENT LA PSYCHIATRIE ET L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ONT MEDICALISE NOS EMOTIONS,*

traduit de l'anglais (Etats-Unis) par François Boisivon

Ed. Flammarion, Paris, 2009, 381 p., 26 €

Précisons tout de suite que Christopher Lane n'est pas psychiatre ! C'est un spécialiste d'histoire intellectuelle dans une université de Chicago.

Ce livre raconte l'histoire (jusqu'ici largement camouflée) des diverses éditions du DSM (= DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, en français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), en mettant toutefois largement l'accent sur la troisième (DSM III). Le DSM est édité sous l'égide de l'Américain Psychiatric Association (APA, Association américaine de psychiatrie). Précisons que l'APA n'est pas une petite association : elle regroupait, dit l'auteur (p. 73), pas moins de 41 000 (quarante-et-un-mille) psychiatres dans les années 80. C. Lane s'attaque donc à gros.

Raconter l'histoire du DSM n'est pas anecdotique, puisqu'il ne s'agit pas moins que du récit de l'invention en quelques décennies à peine de centaines de catégories de maladies mentales. Et le mérite immense de ce livre est de montrer que l'immense majorité de ces catégories est une vaste imposture... qui rapporte financièrement à certains (laboratoires pharmaceutiques, médecins, chercheurs, agences de publicité etc.) en empoisonnant au sens propre des centaines de millions d'êtres humains sur la planète.

Depuis les années 50, en effet, la *“psychiatrie est prise dans un pacte faustien avec ses parrains de l'industrie pharmaceutique. Il est presque impossible aux experts de faire des critiques, même minimes, a fortiori de divulguer des résultats d'essais défavorables, sans avoir immédiatement l'impression de mordre la main qui les nourrit”* (p.276). L'APA a publié le premier DSM en 1952, année même de la découverte de la chlorpromazine (Thorazine, Largactil), premier médicament antipsychotique et avec des effets antidépresseurs. Aussitôt, des *“scientifiques forment le Collegium Internationale Neuropsychopharmacologium (CINP), dont les premiers congrès sont organisés par de grandes maisons de l'industrie pharmaceutique, Geigy, Ciba, Roche, Sandoz et Rhône-Poulenc”* (p.57). La chlorpromazine se répand comme une traînée de poudre dans les asiles américains et le fabricant de la Thorazine *“y gagna, durant la seule année 1955, 75 millions de dollars, grosse somme pour l'époque. Depuis lors, la fortune sourit à la pharmacologie”*(p.57). On se saurait mieux dire...

L'auteur ajoute (p.276) que bien des experts qui l'ont aidé pour cet ouvrage ont refusé qu'il mentionne leur nom de peur de représailles de la part des firmes pharmaceutiques...

Le DSM a connu déjà quatre éditions (la cinquième est prévue pour 2012) :

- 1952, le DSM-I...
- 1968, le DSM-II utilise 180 catégories de maladies mentales.
- 1980, le DSM-III et le DSM-III-R (R=révisé) dénombre 292 catégories de maladies mentales.
- 1994, le DSM-IV porte à 350 le nombre des catégories de maladies mentales, introduisant par exemple le THADA (= trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention). Le DSM-IV s'est arrogé une autorité mondiale, faisant perdre de son prestige au système rival diagnostique, la CIM (=CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES), publiée par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), *“mieux disposée à l'égard de la psychanalyse et moins tributaire de descriptions ambiguës”*, selon l'auteur.

Pourtant, c'est bel et bien la huitième révision de celle-ci (CIM-8) qui constitue un

glissement très pernicieux qui sera repris tel quel par le DSM II : une seule personne rédigea la CIM-8 !! Il s'agit du Britannique Aubrey Lewis, de l'Institut de Psychiatrie à Londres. Or, "*le mot 'réaction' ne faisait pas partie de son vocabulaire*" (p.58). Il "*élimina tranquillement le terme 'réaction' de nombreuses formules diagnostiques. En conséquence de quoi, des diagnostics comme celui de 'réaction schizophrénique', renvoyant, dans le DSM-I, à des incidents psychiatriques sporadiques, avaient évolué presque du jour au lendemain en 'schizophrénie' pure et simple, quand bien même les symptômes du malade demeuraient rares et sans violence particulière. Il en allait de même, entre autres, de la 'réaction paranoïde', que le groupe de travail du DSM-II ne désignerait plus que sous le nom de 'paranoïa'*" ( p. 58).

Quant au DSM-III, il sera rédigé sous la direction de Robert Spitzer, décrit (pp.61ss) par l'auteur comme un grand manipulateur... Le TEI (Trouble Explosif Intermittent) y est inventé... et toucherait actuellement seize millions d'Américains (p. 267). TEI ? Euphémisme pour ... colère au volant !! Nous rigolons jaune. Cette conception mécaniste des troubles mentaux peut mener à une politique sociale très répressive. Ainsi, en Grande-Bretagne (p. 283), depuis 1999, tout un chacun peut être condamné pour comportement antisocial (Antisocial Behavior orders - ASBOs)... Signalons aussi que cette surenchère de maladies légères (il serait plus juste de parler de pseudo-maladies) détourne les moyens qui devraient être consacrés à la recherche sur les maladies mentales réelles et lourdes et à leurs thérapies.

Pour décrire et dénoncer les mécanismes de cette inflation nosographique en psychiatrie, l'auteur prend l'exemple de la façon dont les diverses sociétés au cours de l'histoire ont appréhendé la timidité, le tempérament introverti, l'angoisse comme malaise existentiel, du moins la considérait-on ainsi... Erreur grossière due à notre ignorance de ce que sont les vraies maladies mentales, nous disent les agences publicitaires payées par les laboratoires, l'agence de communication new-yorkaise Cohn et Wolfe en tête ! Oui, nous disent-elles, nous sommes - ou plutôt les Américains sont, à plus de la moitié, des malades mentaux qui s'ignorent, souffrant d'au moins une catégorie quelconque du DSM-IV (cf. p.269, mais aussi p. 274 qui démonte ce mensonge) !

Ainsi la névrose d'angoisse du DSM-II sera-t-elle démultipliée en rien moins que sept "maladies" dans le DSM-III (p.66) : agoraphobie, panique, état de stress post-traumatique (ESPT), trouble obsessionnel-compulsif (TOC), trouble anxieux généralisé, phobie ordinaire, phobie sociale. Ces sept "maladies" sont d'ailleurs bien plus "*le résultat du hasard que d'une élaboration attentive ou d'un débat scientifique*" (p.103). Un peu plus tard, le mot 'timidité' lui-même suffira à faire suspecter une pathologie mentale grave, car d'éminents universitaires (cf. pp. 185ss) créeront des instituts pour en traiter dès 1994 !

Tout cela serait "*ridicule*", "*comique*" (p.185), si la conséquence n'en avait pas été l'intoxication médicamenteuse de centaines de millions de personnes dans le monde... Car à cette terrible maladie qu'est la timidité, n'est-ce pas ?, il y a remède : des médicaments ! L'auteur rend compte exhaustivement des effets indésirables, constatés sur des décennies maintenant, de tels "remèdes" : ils sont extrêmement graves. Il développe (pp. 191ss) l'exemple du Paxil/Deroxat, avec entre autres son effet "boomerang", dit "syndrome de rebond" (effet contraire à l'effet recherché par le traitement). Il s'agit là d'une "*crise de santé publique qui ne veut pas dire son nom*" et que le producteur de ce médicament (GlaxoSmithKline) "*tente d'ignorer depuis de nombreuses années*" (p.192). Il énumère (pp. 164 et 195-196) les autres effets, y compris parfois létaux, de ce médicament.

Le Paxil est un ISRS (Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine) et il est aussi un anticholinergique : il "*tend à bloquer l'activité des récepteurs du système cholinergique, lui-même partie du système nerveux central, qui contrôle de nombreuses activités involontaires, comme les réactions de lutte ou de fuite, la transpiration et la production de salive ou de larmes*".

Mais Prozac, Zoloft, Effexor, Lexapro/Seroplex (p. 201) font le même type de dégâts, en un tout petit peu moins pire que le Paxil/Deroxat (p.148) : ce sont tous des ISRS. Ils ont supplanté les IMAO (Inhibiteurs de la monoamine oxydase) qui étaient censés avoir un effet antidépresseur.

Beaucoup de médecins ont fait courir et entretiennent une légende, en harmonie avec les compagnies pharmaceutiques, au sujet de la sérotonine, légende que dément l'auteur qui la qualifie avec David McDowell, de l'université de Columbia, de "*neuromythologie moderne*" :

“Non, il n’y a pas de corrélation entre l’anxiété ou la dépression et de faibles niveaux de sérotonine. Certaines personnes présentant des symptômes de l’une ou de l’autre ont des taux ordinaires de sérotonine, d’autres élevés, d’autres encore faibles” (p. 203). Et quand on sait que des études sérieuses révèlent que les ISRS sont à peine plus efficaces que les placebos (p.252)...

Les pages 201 et 202 du livre sont fondamentales, car elles décrivent les mécanismes des dégâts, dont certains peuvent être irréversibles, entraînés par ces “traitements”. Par l’ingestion des médicaments ISRS est créée une concentration artificielle de sérotonine que le système sérotoninergique ne peut ignorer. “Il a normalement besoin, pour absorber l’excès, d’augmenter le nombre de récepteurs 2 de la sérotonine - ceux-ci envoient au cerveau des signaux de saturation que certains chercheurs relient au dysfonctionnement sexuel très répandu parmi les patients. En revanche, l’excès de sérotonine a l’effet inverse sur les récepteurs 1A qui, apparemment moins sollicités, diminuent en nombre. Les effets combinés de ces modifications, puisque le corps tente d’ajuster ou de compenser, expliquent en grande partie pourquoi les médicaments perdent leur “punch” (Laurent Slater compare les ISRS à des baudruches) et pourquoi les patients se voient alors pressés d’augmenter leur dose ou d’essayer un produit concurrent.

Ceux qui tentent d’abandonner le Paxil/Deroxat se retrouvent dans une situation cornélienne et ont bien du mal à trouver un soutien compétent. Car, en réduisant progressivement leur dose quand cesse l’effet du médicament, ils courent le risque d’une violente ‘rebond cholinergique’. Il y a trois raisons à cela ” :

1) “...à mesure qu’ils tentent de prendre le médicament de vitesse, les récepteurs du système cholinergique vont être plus nombreux à placer le corps dans un état permanent d’alerte rouge, laissant les patients à la merci de symptômes incontrôlables - anxiété, agressivité et insomnie.”

2) “si le système nerveux, chez la plupart des gens, s’ajuste, les récepteurs du système nerveux sérotoninergique - artificiellement saturé depuis plusieurs mois - interprètent le retour à des niveaux d’avant médication comme une carence.”

3) “les récepteurs 1 A de la sérotonine ne sont pas aussi plastiques que les autres et il leur faut plus de temps pour reprendre leur développement, ce qui retarde le rétablissement de la santé neuronale.” Pire : “Des études ont même découvert que chez certains patients ces récepteurs ne parvenaient pas du tout à repousser, ce qui contribue, de fait, à une dégradation de leur état.”

Quand on sait que ces traitements sont administrés à des enfants dès l’âge de six ans (p. 228), voire de deux ans (p.270)...

A la lumière de ces données, on comprend mieux pourquoi l’auteur tente, assez maladroitement à nos yeux, tout au long du livre, de réhabiliter les théories de Freud sur l’angoisse et parallèlement, il y fait une critique des théories cognitivo-comportementales insuffisantes pour rendre compte de la complexité de ce domaine, d’après lui. Freud se distancie de Griesinger (1865) et de sa formule : “Les maladies mentales sont des maladies du cerveau” et de Kraepelin (1905) qui tenta, dit l’auteur (pp. 35-36), “de prouver que les troubles psychiatriques résultent exclusivement de causes biologiques et héréditaires, incarnant ainsi le ‘mode de raisonnement psychiatrique’ qui lui vaudra d’être considéré comme le père de la profession.” Kraepelin tenta de classer tous les troubles mentaux et de les regrouper sur la base de critères communs. Il livra “la première analyse approfondie de la schizophrénie, qu’il nomme ‘démence précoce’ ”. Les neuropsychiatres (pour les distinguer des psychiatres qui, aux Etats-Unis, sont de tendance psychanalytique) qui soutinrent les DSM successifs se revendiquèrent d’être des “néo-kraepelinien”.

“Le premier DSM parlait de maladie - tendant à considérer qu’elle se nourrissait de différents traits - à partir d’une certaine fréquence et d’une certaine intensité des crises. Dans le DSM-II, les mêmes maux commencèrent à apparaître, suivant la vogue kraepelinienne, comme des affections permanentes et innées. Le ‘dynamisme’ de la réaction du patient et la lutte dont elle témoigne s’évanouissent. La maladie se met à définir le patient ; on ne peut plus la considérer comme une facette de sa personnalité...” (p. 59)

Valenstein, professeur de psychologie et de neurosciences, réfuta déjà en 1988 cette

“*insidieuse façon*” d’accuser le cerveau et d’affirmer une cause génétique d’un trouble. En vain... C. Lane cite heureusement ses arguments (pp.33s) et j’invite quiconque à les mémoriser et à s’en servir comme d’outils pour démonter les mécanismes de la “*neuromythologie moderne*”.

Le livre de C. Lane contient bien d’autres points forts. Il décrit les exactions commerciales de grandes firmes pharmaceutiques (cf. pp. 164ss, 171ss et 276 ss par exemple). Et, quand elle est condamnée à mentionner une mise en garde, une firme de ruser en euphémisant un maximum les effets “secondaires” de son produit : exemple, ‘labilité émotionnelle’ au lieu de ‘idéation suicidaire’. Et la FDA (Food and Drug Administration) est largement impliquée dans cette manipulation des consciences à des fins commerciales (pp. 158, 165).

Le principe de base de tout le système dénoncé est : “*Avant de vendre un médicament, il faut vendre la maladie*” (p. 147). La psychiatrie va finir par ruiner elle-même sa propre crédibilité, suggère l’auteur à la fin du livre (p. 279). Espérons que ce sera très bientôt, car les dégâts sont déjà incommensurables... Et le DSM-V prévu pour 2012 promet d’aggraver les choses : l’apathie, parmi d’autres, devrait y figurer comme nouvelle maladie !! Elle toucherait des millions de personnes et “*les psychotropes en sont une des premières causes*”, affirme le professeur Duffy. “*Plutôt que de se demander si ces médicaments - avec leurs terribles effets secondaires - devraient être prescrits en si grosses quantités, Duffy affirme rondement que les problèmes médicaux dont ils sont la cause doivent être à leur tour traités comme des pathologies*” (p. 265). Ubu roi...

C. Lane ne veut pas être défaitiste et il cite longuement, dans le chapitre 6 (pp. 231 à 264) la littérature et la cinématographie actuelles qui tournent en dérision cette psychiatrie devenue, ou plutôt étant déjà dès sa conception, folle... Il faudrait lire ce chapitre roboratif en dernier... C’est ce que je conseille en tout cas, car je recommande à toutes et tous de lire et faire connaître ce livre...

Nicole Maillard-Déchenans, le 7 avril 2009.