

<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2025>

Une version abrégée est parue dans : *Science et pseudo-sciences*, 2013, 303 : 26-31.

## Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie

Université de Louvain-la-Neuve - Université St-Louis (Bruxelles)

« Ce qui n'est pas fixé n'est rien. Ce qui est fixé est mort »  
Paul Valéry<sup>1</sup>

Le mot « catégorisation » désigne deux types d'opérations : la constitution d'une catégorie dans laquelle on range des éléments jugés de même nature (par exemple la définition de la dépression par une série de conduites typiques) ; le rangement d'un élément dans une catégorie (par exemple le fait de considérer telle personne comme déprimée).

Les catégories sont utilisées tantôt comme des *entités exclusives*, qui englobent tous les éléments présentant une propriété commune et excluent tous les autres, tantôt comme des *dimensions bipolaires*, par rapport auxquelles tout élément peut être situé. Un exemple du premier type est la *catégorie des déprimés* (opposés aux non-déprimés). Un exemple du second est la *dimension dépressivité*, variant de totalement déprimé à humeur neutre ou à extrêmement euphorique.

La catégorisation accompagne toute perception. Elle assure de multiples fonctions indispensables à la survie. Sans ce processus, nous ne pourrions développer un savoir scientifique, ni même des connaissances intuitives. La catégorisation permet de dégager des régularités, de trouver des relations de concomitance ou de causalité. Mais il y a un revers à la médaille. Les catégories présentent des degrés très variables d'élaboration, d'adaptation aux faits et d'utilité. Certaines sont particulièrement inadéquates ou néfastes.

### Justifications de catégories psychopathologiques

Des catégories de troubles mentaux ont été proposées depuis l'Antiquité. Un papyrus égyptien d'environ 1900 avant notre ère décrit des troubles mentaux provoqués par la montée de l'utérus. Les Grecs appelleront ces troubles « hystérie » (*hustera* = matrice). Pour attirer la matrice vers le bas, les Egyptiens, Hippocrate, Galien et même encore Ambroise Paré au XVI<sup>e</sup> siècle exposaient les organes génitaux à la fumée produite par des substances précieuses et parfumées<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *Œuvres II*. Gallimard, Pléiade, 1966, p. 697.

<sup>2</sup> Veith, I. (1965) *Hysteria. The history of a disease*. University of Chicago Press. Tr., *Histoire de l'hystérie*. Éd. Seghers, 1973, pp. 12s, 119ss.

Dans le *Corpus hippocraticum*, on distinguait l'épilepsie, la frénésie (l'état confusionnel), l'agitation mentale sans fièvre (appelée aujourd'hui en psychiatrie « manie »), la mélancolie, les peurs excessives, les soucis exagérés<sup>3</sup>.

De nos jours, les principaux objectifs de l'identification des maladies, physiques et mentales, sont de faire des diagnostics et des pronostics, suivis, tôt ou tard, d'explications et de principes pour des décisions pratiques : choix de traitements, reconnaissance d'invalidité, remboursement de soins, sélection de personnel, etc.

Certaines classifications ont un but purement utilitaire. Ainsi, au XVIII<sup>e</sup> siècle, Joseph Daquin — promoteur de méthodes humanitaires pour les malades mentaux, annonçant celles de Pinel — a défini six catégories pour répartir les malades dans des espaces séparés : fous furieux (ou fous à lier), fous tranquilles (à enfermer sans attacher), extravagants (à surveiller constamment), insensés (à comportement imprévisible), imbéciles (à conduire comme des enfants), fous en démence (ayant besoin de soins physiques)<sup>4</sup>.

En 1843, un homme, qui avait tenté d'assassiner le Premier ministre britannique, a été déclaré irresponsable et envoyé à l'asile plutôt qu'en prison<sup>5</sup>. Cette décision de justice était la première du genre. Par la suite, le diagnostic psychiatrique sera de plus en plus utilisé pour établir le degré de responsabilité et de culpabilité. Le célèbre psychiatre Karl Menninger proposera de définir les troubles mentaux en fonction du degré de conscience, allant de la plus claire à la plus obscurcie<sup>6</sup>.

Des diagnostics ont essentiellement une fonction de contrôle social et de répression. Ce fut le cas de la « drapétomanie » (du latin *drapeta*, esclave fugitif), la manie « irrationnelle » des esclaves de vouloir s'enfuir. Cette expression a été inventée en 1851 par le médecin américain Samuel Cartwright, dans son rapport d'une enquête sur les coutumes des esclaves noirs. La thérapie était simple : l'amputation des gros orteils, qui rend impossible la course à pied<sup>7</sup>.

L'idée que des diagnostics psychiatriques sont des constructions culturelles, qui ont pour fonction le contrôle d'individus déviants, a été développée de façon radicale par le psychiatre Thomas Szasz, qui fut psychanalyste avant de devenir un des leaders de l'antipsychiatrie. Ces titres d'ouvrages donnent une idée de sa conception : *The myth of mental illness* (1961), *The myth of psychotherapy* (1978).

Des catégories psychopathologiques peuvent servir d'argument ad hominem pour discréditer une théorie ou neutraliser des objections. Freud a fait un usage abondant de cette stratégie. À des dissidents et des opposants, il a attribué le diagnostic de névrosé (Jung, Rank), d'obsessionnel (Bleuler), de psychotique (Rank, Ferenczi), de paranoïaque (Adler, Ferenczi), de pervers (Stekel), de sadique (Adler), d'homosexuel (Bleuler, Hirschfeld)<sup>8</sup>. Le psychanalyste (dissident) Erich Fromm écrivait à ce sujet : « Les staliniens démolissent la réputation des

<sup>3</sup> Gourevitch, D. (1983) La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine. In J. Postel & C. Quételet (eds) *Histoire de la psychiatrie*. Privat, p. 13-32.

<sup>4</sup> Ellenberger, H. (1963) Les illusions de la classification psychiatrique. *L'Évolution psychiatrique*, 28 : 221-242. Rééd. in *Médecines de l'âme*. Fayard, 1995, p. 159-181.

<sup>5</sup> Daniel M'Naghten, un Écossais, qui souffrait manifestement d'un délire paranoïaque.

<sup>6</sup> Menninger, K. *et al.* (1958) The unitary concept of mental illness. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 22 : 4-12.

<sup>7</sup> White, K. (2002) *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage, p. 42.

<sup>8</sup> Pour des citations et les références bibliographiques, voir J. Van Rillaer, *Les illusions de la psychanalyse*. Éd. Mardaga, 1981, p. 64-67.

opposants en les qualifiant d'espions et de traîtres. Les freudiens le font en les traitant de «malades mentaux»<sup>9</sup> ».

### L'existence de maladies mentales

Dans les textes hippocratiques, tous les troubles ont une explication somatique, principalement un déséquilibre d'une des « humeurs », dû à des facteurs internes ou externes (notamment l'alimentation). Toutefois, jusqu'au siècle des Lumières, les explications rationnelles n'ont guère fait contrepoids aux explications magiques et religieuses. Au XIX<sup>e</sup> siècle, des médecins ont défendu des explications psychologiques et le « traitement moral »<sup>10</sup>, tandis que d'autres s'intéressaient à l'anatomie cérébrale. C'est à cette époque que des médecins ont mis en évidence que la progression de la syphilis s'accompagne d'une détérioration mentale qui aboutit à une psychose, généralement de type mégalomane. L'agent infectieux a été identifié en 1905 et Wagner von Jauregg est parvenu à arrêter l'évolution de la maladie par malaria-thérapie en 1917. À partir de 1943 la pénicilline a permis une thérapie efficace. On peut parler ici d'une véritable maladie mentale présentant un ensemble de symptômes qui résultent d'une cause somatique (à l'image du bacille de Koch pour la tuberculose).

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, on a identifié un nombre important de troubles mentaux qui ont une cause somatique et peuvent être considérés comme des maladies ou des handicaps mentaux : épilepsie, démence alcoolique, démence d'Alzheimer, trouble bipolaire, certains types d'autisme, etc.

La méconnaissance de déterminants somatiques mène à des traitements inadéquats et à de fausses explications d'échecs ou de réussites. Une illustration célèbre est l'évolution de l'Homme aux loups. Ce patient, de son vrai nom Sergius Pankejeff, avait séjourné chez Emil Kraepelin, qui avait diagnostiqué une « psychose maniaco-dépressive ». Il avait ensuite consulté Freud, qui avait été ravi de prendre en charge un patient qu'un adversaire n'avait pas réussi à guérir. Freud a alors diagnostiqué une « névrose infantile » et a traité le patient pendant 4 ans et 5 mois (à raison d'un minimum de 6 séances par semaine au prix de 40 couronnes, soit ± 1350 €, la séance). Le traitement psychologique a semblé un succès, mais le patient allait rechuter périodiquement. Freud a chaque fois renvoyé le patient à des collègues, notamment Ruth Mack Brunswick et Marie Bonaparte, qui ont cru à leur tour à une guérison après quelques mois ou années d'analyse. En réalité, le patient présentait typiquement un trouble bipolaire — un dysfonctionnement ancré dans la biologie — et passait continuellement par trois phases : dépression, normalité thymique et euphorie. À la fin de sa vie, il a déclaré à une journaliste qui l'avait retrouvé dans un asile : « Kraepelin est le seul qui a compris quelque chose<sup>11</sup> ».

Un exemple de sous-estimation de facteurs biologiques, dont il est beaucoup question aujourd'hui, est le trouble érectile. Freud expliquait l'impuissance sexuelle par la découverte

<sup>9</sup> Cité par M. Borch-Jacobsen & S. Shamdasani (2006) *Le dossier Freud*. Les Empêcheurs de penser en rond/Seuil, p. 406.

<sup>10</sup> « Moral » signifiait ici « psychologique », comme dans cette phrase de Philippe Pinel : « C'est souvent moins par les médicaments que par des moyens moraux et surtout par une occupation active qu'on peut faire diversion aux idées tristes des mélancoliques » (*Traité médico-philosophique sur l'aliénations mentale*, Paris: Brosset, 2<sup>e</sup> éd., 1809, p. 348).

<sup>11</sup> Pour l'exposé du cas, voir J. Bénesteau (2002) *Mensonges freudiens*. Mardaga, p. 279-285 ou M. Borch-Jacobsen (2011) *Les patients de Freud*. Éd. Sciences Humaines, p. 133-147.

de l'absence de pénis chez la femme et la peur consécutive de la castration<sup>12</sup>. Dans son dernier livre, il expliquait que « l'acte sexuel est une agression ayant pour visée l'union la plus intime » (sic) et que l'impuissance sexuelle résulte d'« un fort abaissement du facteur agressif<sup>13</sup> ». Bien d'autres explications ont été avancées, notamment le fantasme de risquer la castration par le vagin<sup>14</sup>. Parmi les explications les moins farfelues : la peur de l'échec, des préoccupations de la vie quotidienne et l'attitude de la partenaire. Quoi qu'il en soit, l'arrivée du Viagra a montré qu'une large proportion de dysérections sont de nature organique ou mixte. Elles tiennent à une insuffisance vasculaire, due par exemple au vieillissement, au tabagisme, à l'alcoolisme ou au diabète.

### Le grand capharnaüm des étiquetages

Plusieurs troubles psychologiques n'ont pas de cause biologique démontrée. Ils ne constituent pas des entités naturelles comparables à une fracture du bras, une maladie infectieuse ou neurologique. Des psychiatres et des psychologues observent des comportements plus ou moins problématiques et établissent des corrélations entre certaines d'entre eux. Exemple. En 1869, le neurologue américain George Beard rassemblait un ensemble de troubles (fatigue, dépression, angoisse, troubles fonctionnels, etc.) sous l'étiquette « neurasthénie »<sup>15</sup>. En 1895, Freud a proposé de grouper ces symptômes en deux entités : la « neurasthénie véritable » et la « névrose d'angoisse ». Il avançait que cette distinction s'appuyait sur des étiologies différentes. Il affirmait avoir constaté, dans *tous* les cas de neurasthénie, des pratiques masturbatoires et, dans *tous* les cas de névrose d'angoisse, des excitations frustrées, le plus souvent le coït interrompu ou « congressus reservatus » (rapport sexuel réservé)<sup>16</sup>. Les recherches des psychiatres et des psychologues d'orientation scientifique n'ont pas confirmé la généralité de ces étiologies. Bien d'autres facteurs peuvent jouer dans la dépression et le syndrome de fatigue chronique (les syndromes qui correspondent plus ou moins à la neurasthénie), ainsi que dans les troubles anxieux que Freud regroupait sous l'étiquette « névrose d'angoisse ». Freud a eu tort d'affirmer que la distinction qu'il proposait se fondait sur deux causes clairement bien identifiées : des types d'expériences sexuelles qu'il croyait pathogènes.

Les entités définies par Freud ont été à leur tour désarticulées. Plusieurs des symptômes qu'il avait regroupés sous l'étiquette « névrose d'angoisse » sont aujourd'hui considérés comme formant des syndromes distincts, notamment le trouble anxieux généralisé, l'attaque de panique, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies spécifiques, l'état de stress aigu, l'état

<sup>12</sup> *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci* (1910), G.W., VIII, p. 165. Tr., PUF, *Œuvres complètes*, 2009, X, p. 121.

<sup>13</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940) G.W., XVII p. 71. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2010, XX, p. 238.

<sup>14</sup> Gessain, R. (1956) Le vagin denté. *La Psychanalyse. Revue de la Société française de psychanalyse*, 2 : 316-318.

<sup>15</sup> *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion)*. New York : Treat, 1884. Tr., *La neurasthénie sexuelle*. L'Harmattan, 1999.

<sup>16</sup> « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" » (1895). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, III, p. 29-58. Freud ne changera pas d'avis. La dernière fois qu'il abordera la question (en 1925, dans son *Autoprésentation*), il écrira que le facteur étiologique de la névrose d'angoisse est « le coitus interruptus, l'excitation frustrée ou la continence sexuelle » et, dans le cas de la neurasthénie, « la masturbation excessive et les pollutions accumulées » (G.W., XVI, p. 49. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XVII, p. 72).

de stress post-traumatique, le syndrome d'hyperventilation, le syndrome de l'intestin irritable.

Cet exemple montre qu'il convient, pour les troubles mentaux, d'en rester à des catégories descriptives tant que leurs causes ne sont pas clairement démontrées, comme dans le cas de la démence vasculaire. La façon de conceptualiser les troubles demeure en principe toujours discutable. De plus, il faut souligner que beaucoup de troubles sont manifestement liés à un contexte culturel et à la diffusion de conceptions psychologiques. Ils apparaissent dans une région à une époque, pour ensuite se réduire ou disparaître. Un exemple typique est le « trouble personnalité multiple » : il est apparu à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (à la faveur de pratiques hypnotiques), il est devenu une épidémie aux Etats-Unis et aux Pays-Bas dans les années 1980-90, il est aujourd'hui en voie de disparition<sup>17</sup>.

Jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, les médecins utilisaient un petit nombre de catégories. Freud par exemple s'en tenait à une dizaine : neurasthénie, paranoïa, perversions (homosexualité, pédophilie, sadisme, etc.), névroses hystérique, phobique, obsessionnelle, narcissique, traumatique, de caractère. Kraepelin, dans le plus célèbre des manuels de psychiatrie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, distinguait les psychoses exogènes (troubles du métabolisme et d'infections, démence précoce, tumeurs cérébrales) et les psychoses endogènes (folie maniaco-dépressive, paranoïa, psychose d'involution, etc.). Les utilisateurs de ces termes devenant de plus en plus nombreux à travers le monde, les significations sont devenues de plus en plus floues. L'exemple le plus typique est le vieux terme d'« hystérie ». Au XVII<sup>e</sup> siècle, Thomas Sydenham, l'Hippocrate anglais, écrivait déjà : « Énumérer simplement tous les symptômes de l'hystérie serait un travail de longue haleine tant ils sont nombreux. Ils sont non seulement nombreux mais aussi polymorphes par leur genèse et différents de ceux des autres maladies. C'est un farrago de phénomènes désordonnés et irréguliers<sup>18</sup> ». Au XIX<sup>e</sup> siècle, la description de l'hystérie, considérée alors comme « la reine des névroses », occupait jusqu'à 40 pages dans certains ouvrages médicaux. Le mot a fini par qualifier n'importe quoi, depuis des possessions démoniaques jusqu'au refus par une adolescente de se laisser embrasser par l'ami de son père<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Pour une histoire bien documentée sur le « trouble personnalité multiple » : Spanos, N. P. (1996) *Multiple identity and false memories : A sociocognitive perspective*. American Psychological Association. Trad., *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple. Une perspective sociocognitive*. De Boeck, 1998, 410 p. — Pour une analyse historique et épistémologique des troubles mentaux : Borch-Jacobsen, M. (2013) *La Fabrique des folies*. Éd. Sciences Humaines, 360 p.

<sup>18</sup> *Dissertatio epistolaris ad Gulielmum Cole* (1682). Cité in Postel, J. & Quételet, C. (1983) *Histoire de la psychiatrie*. Privat, p. 402.

<sup>19</sup> C'est ainsi que Freud interprète la réaction de sa patiente Dora. Alors qu'elle avait 14 ans, un ami de son père a essayé de l'embrasser en la serrant contre lui. Elle avait ressenti du dégoût. Diagnostic du Dr. Freud : « Le comportement de cette enfant de 14 ans est déjà complètement et totalement hystérique. Je tiendrai sans hésiter pour une hystérique toute personne chez qui une occasion d'excitation sexuelle provoque principalement ou exclusivement des sentiments de déplaisir ». *Fragment d'une analyse d'hystérie* (1905). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, VI, p. 208.

## Un outil imparfait mais nécessaire

Le flou des diagnostics est apparu aux Etats-Unis comme un problème grave en 1941, lors de la mobilisation : les psychiatres n'arrivaient à ranger dans leurs catégories habituelles que 10% des personnes mentalement perturbées<sup>20</sup>. Dans le même temps, les recherches — notamment des études épidémiologiques — butaient sur l'absence de catégories clairement définies, les scientifiques éprouvaient des difficultés à échanger des données et à confronter leurs points de vue. Pour remédier à cette situation, l'*American Psychiatric Association* (APA) a publié en 1952 un manuel présentant 106 catégories clairement définies : le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* ou *DSM-I*.

Dans les années qui suivirent, plusieurs recherches ont porté sur le degré de concordance des diagnostics psychologiques émis par différents thérapeutes sur les mêmes patients. Par exemple Aaron Beck et coll. ont demandé à quatre psychiatres d'un hôpital universitaire de diagnostiquer 153 patients. L'accord n'a été que de 70% pour la distinction entre psychose et névrose, et encore beaucoup plus faible pour toutes les autres catégories (par exemple, 38% d'accord pour « trouble de la personnalité »)<sup>21</sup>.

La deuxième édition du DSM (1968) s'est voulue plus précise et en accord avec la 8<sup>e</sup> révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM). Elle n'en restait pas moins décevante et se trouvait fort critiquée. Par exemple, Robert Kendell et coll. ont demandé à des psychiatres anglais et américains de diagnostiquer des patients (trois américains et cinq anglais) après avoir vu les entretiens en vidéo. Un des patients a été étiqueté schizophrène par 69% des Américains et 2% des Anglais. Pour un autre patient, les chiffres étaient 85% versus 7%. Ainsi le diagnostic était déterminé bien davantage par la nationalité des psychiatres que par l'état des patients<sup>22</sup>.

L'APA s'est remise au travail en vue d'éditer un manuel dit « a-théorique », fondé essentiellement sur des faits observables et utilisable par tout psychiatre ou psychologue, quelle que soit son orientation théorique. En effet, les deux premières éditions étaient empreintes de la théorie freudienne et diagnostiquaient en fonction de processus sous-jacents. Par exemple, la « névrose phobique » était définie dans le DSM-II (p. 40) : « Condition caractérisée par une peur intense d'un objet ou d'une situation que le patient reconnaît consciemment comme sans réel danger pour lui. La peur est vécue comme un état de faiblesse, de la fatigue, des palpitations, de la nausée, des tremblements et même de la panique. Les phobies sont généralement attribuées à des peurs dont le patient est inconscient et qu'il déplace vers un autre objet ou une situation phobique ». Dans les éditions suivantes, il n'a plus été question de « névrose phobique », mais de « phobie ». Celle-ci a été définie comme « peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique » (p.ex., prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang)<sup>23</sup>. Il n'a plus été question de la cause (le soi-disant déplacement inconscient de la peur d'un objet à un autre). On a défini une durée (« Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois ») et une forme infantile (« Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement »).

<sup>20</sup> *DSM-I*. Washington : American Psychiatric Association, 1952, p. VI.

<sup>21</sup> Beck, A. *et al.* (1967) Reliability of psychiatric diagnoses. 2 : A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119 : 351-357.

<sup>22</sup> Kendell, R. *et al.* (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25 : 123-130.

<sup>23</sup> *DSM-IV-TR* (2000). Tr., Paris : Masson, 2003, p. 517.

Le DSM-III, paru en 1980, a constitué un tournant capital. On lisait dans la préface que ce n'était qu'une « version temporairement “arrêtée” dans un processus qui se poursuit ». En effet, un large comité d'experts en psychiatrie et en psychologie clinique travaillera périodiquement à de nouvelles versions. D'une édition à l'autre, des changements, parfois très importants, apparaîtront. Citons la suppression des diagnostics « homosexualité », « névrose » et « hystérie ».

Dans le DSM-III, l'homosexualité n'était plus considérée comme « trouble mental » que si elle n'était pas assumée par la personne (« homosexualité ego-dystonique »). Dans l'édition révisée (DSM-III-R, 1987), le terme était supprimé. Notons que la plupart des psychanalystes du groupe d'experts se sont farouchement opposés à ces deux décisions. Pour eux, comme pour Freud, l'homosexualité restait une « perversion » causée par la fixation à un stade infantile du développement<sup>24</sup>.

Le mot « névrose » est depuis longtemps problématique. Conformément à l'étymologie (en grec, *neuron* signifie *nerf*), il a d'abord désigné des perturbations dues à un trouble du système nerveux sans lésions organiques décelables. A partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il a désigné des troubles psychologiques présentant une forte composante affective, par exemple des phobies et des crises d'angoisse. A cette époque, des auteurs ont utilisé le mot « psychonévrose » pour désigner les troubles névrotiques d'origine psychologique. C'est un usage adopté notamment par Freud, qui distinguait les « psychonévroses » (hystérie, névrose obsessionnelle) et les « névroses actuelles » (névrose d'angoisse, neurasthénie). Malheureusement, le mot suggère l'existence d'une maladie comparable à la tuberculose ou d'une entité mentale « expliquant » les troubles observables (on serait angoissé parce qu'on souffre d'une « névrose d'angoisse »). Il n'a plus été repris dans la 10<sup>e</sup> édition de la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, publiée par l'OMS à Genève en 1993, ni dans le DSM-IV (1994). Désormais, les psychiatres et les psychologues d'orientation scientifique ne parlent plus de « névrose phobique », mais de « trouble phobique », de « phobie » ou de « peur excessive ».

« Hystérie », qui était devenu un fourre-tout, a été supprimé du DSM à partir de sa 4<sup>e</sup> édition et remplacé par des catégories distinctes, clairement définies : troubles de conversion, hypocondrie, troubles dissociatifs, personnalité histrionique, etc.<sup>25</sup>

La suppression des deux concepts nosographiques majeurs de la psychanalyse (névrose, hystérie) a été vécue par la majorité des freudiens comme une déclaration de guerre. On les comprend : Freud écrivait, au sommet de sa carrière, « notre technique a grandi avec le traitement de l'hystérie et elle ne cesse d'être toujours réglée sur cette affection.<sup>26</sup> »

Le DSM-III (1980) était une édition qui en attendait d'autres. Aujourd'hui l'APA travaille au DSM-V, en tenant compte de milliers d'études réalisées depuis la première édition sur les catégories proposées. Il est certain qu'il sera un outil imparfait, mais malgré tout indispensable pour ceux qui veulent des repères pour travailler scientifiquement en psychopathologie.

<sup>24</sup> Pour des détails sur les débats houleux au sein de l'APA, voir Malick Briki (2009) *Psychiatrie et homosexualité*. Presses Universitaires de Franche-Comté, 234 p.

<sup>25</sup> Pour des détails, voir par exemple M. Bourgeois (1988) La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine, *Annales Médico-Psychologiques*, 1988, 146 : 552-562.

<sup>26</sup> Wege der psychoanalytischen Therapie (1919). Tr., Les voies de la thérapie psychanalytique. In *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 106.

## Des dangers de la catégorisation

La catégorisation d'une personne peut prendre la forme d'une simplification caricaturale et mener à la substantialisation d'éléments qui ne sont que des aspects. Elle peut alors induire ou renforcer des troubles comportementaux. Une personne étiquetée « antisociale », par son entourage ou par un expert, ne peut pas facilement échapper à cette identification. Divers comportements, qualifiés de normaux lorsqu'ils surviennent chez d'autres, ne retiennent guère l'attention ou sont interprétés de façon à cadrer avec le diagnostic. D'autre part, un comportement quelque peu déviant est d'emblée attribué à l'« être » (« profond » et permanent) de la personne, tandis que les conditions environnementales ne sont pas ou peu prises en compte. Le label apposé sur un individu influence la manière dont les autres le perçoivent et agissent à son égard, il détermine la manière dont lui-même se perçoit et réagit.

Ces effets ont été étudiés depuis longtemps par des psychologues<sup>27</sup> et des sociologues<sup>28</sup>, qui parlent de « stéréotypes » et de « stigmatisation ». On peut conclure que, *globalement*, les diagnostics psychiatriques ne font pas davantage de dégâts psychologiques que les étiquettes populaires, comme « possédé du diable », « vicieux », « pervers », « salaud », « monstre », « simulateur ». Mieux vaut souffrir d'une « dépendance alcoolique » que d'être traité d'« ivrogne », mieux vaut présenter un « retard mental » que d'être appelé « imbécile » ou « idiot ». Mieux vaut s'entendre dire atteint d'un « trouble obsessionnel » qu'être qualifié de « fou » ou d'« invivable ». Les notions de « trouble » et de « maladie » suscitent davantage de compréhension et de compassion que des jugements moraux. En reprenant à son compte un diagnostic médical, l'intéressé pense « ça est plus fort que moi ». Il réduit sa culpabilité et sa honte.

En usant de catégories psychopathologiques, il faudrait toujours garder à l'esprit les principes suivants : (a) ces catégories ne sont que des façons d'organiser des informations, elles sont relatives et amendables ; (b) elles n'expliquent pas, par elles-mêmes, les comportements (on n'explique pas l'angoisse de quelqu'un en disant qu'il souffre d'un « trouble anxieux »), elles ne sont que des raccourcis sémantiques ; (c) leur utilisation est néfaste si elles conduisent à négliger la singularité de la personne et les contextes qui la conditionnent ; (d) il faut éviter l'usage du verbe « être » : mieux vaut dire que « Luc souffre d'un trouble obsessionnel » que de déclarer « Luc est (un) obsessionnel ».

## Le DSM en question

Au départ, le DSM était destiné seulement aux psychiatres américains. La troisième version a connu un succès international inattendu. En peu de temps, elle a été traduite en treize langues, dont le chinois et le japonais. À partir de cette édition, le DSM est devenu la référence du vocabulaire psychopathologique pour les psychiatres et les psychologues d'orientation scientifique, quand bien même ils estimaient bon nombre de diagnostics discutables. Des psychanalystes anglo-saxons ont aussi adopté ses catégories. C'est le cas de Peter Fonagy, professeur de psychanalyse à l'université de Londres et co-auteur d'un

---

<sup>27</sup> Par exemple Solomon Asch (1946) *Forming impressions of personality*. *Journal of Abnormal and Social Personality*, 41 : 258-290. — Pour une revue d'ensemble : Lilienfeld, S. et al. (2010) *50 great myths of popular psychology*. Wiley-Blackwell, chap. 37.

<sup>28</sup> Par exemple Erving Goffman (1963) *Stigma*. Prentice-Hall. Trad., *Stigmaté*. Éd. de Minuit, 1975, 180 p.



célèbre rapport sur l'efficacité des « psychothérapies psychodynamiques »<sup>29</sup>. Par contre, la majorité des psychanalystes français ont refusé de l'utiliser et ont cherché à le discréditer sans ménagements. On peut noter que ces psychanalystes ne font quasi jamais de recherches empiriques méthodiques. Ils se contentent de publier des cas et des textes théoriques dans la lignée de ceux de Freud ou Lacan. Pour eux, la dizaine de catégories de Freud suffit, puisque la technique (invariablement des interprétations d'associations libres visant à mettre au jour des souvenirs refoulés et des pulsions réprimées) ne s'applique qu'aux « névroses », comme Freud l'a répété jusque dans son dernier livre : « Nous avons choisi les névroses pour être nos objets d'étude, parce qu'elles sont les seules à sembler accessibles aux méthodes psychologiques de nos interventions<sup>30</sup> ».

Pour les comportementalistes, le DSM n'est qu'un outil qui fournit des balises pour la recherche et qui facilite la communication d'informations. Pour eux, l'essentiel est l'analyse de comportements et la découverte de processus pathogéniques, tels que l'évitement d'émotions pénibles et ou la répression d'idées intrusives<sup>31</sup>.

Nous passons en revue neuf critiques du DSM, en commençant par les plus fréquentes. Certaines se justifient, d'autres relèvent de l'ignorance ou de la mauvaise foi.

1. « **Le DSM manque de scientificité** ». En principe, depuis la troisième édition, la constitution de catégories se fonde sur des études empiriques rigoureuses, mais en pratique certaines catégories sont définies, en cas de désaccord, à l'issue d'un vote d'experts. On peut raisonnablement espérer que la scientificité, qui est l'objectif poursuivi, augmente au fil des éditions, mais il est naïf de croire qu'on arrivera à un répertoire parfaitement objectif des troubles mentaux. Répétons que de nouveaux troubles apparaissent — comme la cyberdépendance ou le frotteurisme<sup>32</sup> —, tandis que d'autres se transforment ou disparaissent.

2. « **Des experts ont des liens avec l'industrie pharmaceutique** ». L'exemple le plus célèbre est sans doute Joseph Biederman, professeur de pédopsychiatrie à Harvard, qui a milité pour introduire le « trouble bipolaire chez l'enfant » dans le DSM, tandis que des sommes considérables lui étaient versées, en tant que « consultant », par une firme fabriquant un médicament pour ce trouble<sup>33</sup>. Heureusement ce cas n'est pas la règle. Par exemple, l'élaboration de la catégorie des troubles anxieux s'est faite sous la direction de David Barlow, un psychologue (non médecin), reconnu comme un des meilleurs spécialistes des troubles anxieux et dont l'intégrité n'a jamais été mise en question.

<sup>29</sup> Fonagy, P., Roth, A. & Higgitt, A. (2005) Psychodynamic psychotherapies : Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 : 1-58.

<sup>30</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940), G.W., XVII, p. 109. Tr., *Abrégé de psychanalyse. Œuvres complètes*. PUF, XX, p. 277.

<sup>31</sup> Les comportementalistes, depuis la parution de *Learning foundations of behavior therapy* (Éd. Wiley, 1970, 642 p.) de F. Kanfer & J. Phillips (ouvrage qui fut leur principal manuel de référence pendant une dizaine d'années) tiennent compte de six variables : les trois composantes du comportement (les cognitions, les affects, les actions) et trois déterminants essentiels : les stimuli, les conséquences des comportements et l'état de l'organisme. Pour une présentation récente de l'analyse comportementale : J. Van Rillaer (2013) *La nouvelle gestion de soi*. Éd. Mardaga, p. 67 à 174.

<sup>32</sup> La recherche *compulsive* d'excitation sexuelle par le frottement contre des personnes non consentantes dans des transports publics bondés.

<sup>33</sup> Cf. McNally, R. (2011) *What is mental illness ?* Belknap Press of Harvard University Press, p. 38.

3. « **Des diagnostics médicaux favorisent la commercialisation et la vente de médicaments** ». Le diagnostic « phobie sociale » est un exemple typique. À la fin des années 1960, la *Food and Drug Administration* a interdit à Sandoz la vente d'un calmant destiné à soigner des « angoisses quotidiennes et des problèmes sociaux ». Trente ans plus tard, la firme GSK a fait un tabac avec un antidépresseur prescrit pour la « phobie sociale », le Seroxat, illustrant ainsi l'importance d'un label médical<sup>34</sup>.

Notons toutefois que les psychiatres honnêtes et bien informés expliquent que le traitement par excellence de la phobie sociale n'est pas une molécule, mais la thérapie cognitivo-comportementale<sup>35</sup>. En fin de compte, ce diagnostic rend service dans la mesure où il informe sur la possibilité de suivre des traitements psychologiques qui éliminent ou réduisent la peur d'être évalué par autrui.

4. « **Les catégories diagnostiques se multiplient de façon excessive** ». D'une édition à l'autre, les auteurs du DSM ont supprimé des catégories et en ont introduit beaucoup d'autres. On est passé de 106 diagnostics en 1952 à 365 en 1994. Nous avons déjà donné des exemples de la multiplication des diagnostics avant l'apparition du DSM. Le manuel de l'APA a simplement accéléré le processus. On peut y voir un risque de pathologisation et de médicalisation ou de « thérapisme »<sup>36</sup>. L'augmentation du nombre de comportements problématiques officiellement répertoriés va de pair avec le nombre de personnes qui s'adressent à des soignants ou leur sont adressées. Jérôme Wakefield et Allan Horwitz ont décrit cette dérive dans le cas de la dépression<sup>37</sup>.

Notons toutefois que beaucoup de nouveaux diagnostics sont simplement des distinctions opérées dans une catégorie, en vue d'affiner les recherches. Dans certains cas, les distinctions se fondent sur l'observation de processus différents. Ainsi on a intérêt à distinguer la phobie du sang, des blessures et des injections des autres phobies. Dans le premier groupe, la situation phobogène provoque une augmentation de la tension artérielle très rapidement suivie de sa chute, entraînant éventuellement une syncope. (Il importe d'augmenter le tonus musculaire dans la partie supérieure du corps dès le premier symptôme de malaise). Le processus physiologique est différent dans les autres phobies. (Là il importe de diminuer le tonus musculaire pour réduire l'activation émotionnelle).

5. « **Certains critères du DSM sont trop peu discriminants, ce qui conduit à une inflation de diagnostics** ». Élisabeth Roudinesco — la figure actuellement la plus médiatique de la psychanalyse française — déclare à ce sujet : « Avec le DSM, on ne sait plus qui est fou et qui ne l'est pas. Vous vérifiez trois fois si votre porte est bien fermée ? Vous êtes angoissé donc malade mental<sup>38</sup> ». Notons au passage que le DSM ne parle pas de « maladies mentales », mais de « troubles », définis comme des syndromes associés à une

<sup>34</sup> Vandereycken, W. & van Deth, R. (2006) *Psychiaters te koop ?* [Psychiatres à vendre ?]. Antwerpen – Apeldoorn : Garant, p. 8.

<sup>35</sup> Par exemple, dans un ouvrage de 272 pages sur la phobie sociale, les psychiatres Christophe André & Patrick Légeron consacrent cinq pages aux psychotropes, en soulignant leurs inconvénients (*La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*. O. Jacob, 1995).

<sup>36</sup> Expression popularisée par Christina Sommers et Sally Satel (*One nation under therapy. How the helping culture is eroding self-reliance*. St. Martin's, 2005, 310 p.), qui déplorent que la multiplication inconsidérée de psychothérapies mine la responsabilité, l'autonomie et la résilience de beaucoup d'Américains.

<sup>37</sup> *The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press, 2007, 312 p. Tr., *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Mardaga, 2010, 378 p.

<sup>38</sup> *Le Nouvel Observateur*, 1<sup>er</sup> avril 2010, « La révolution de l'intime », p. 30-31.

souffrance, une incapacité ou un risque important d'une situation nuisible<sup>39</sup>. Comparons cette affirmation de Mme Roudinesco en 2010, sur le diagnostic de trois vérifications d'une porte, avec la définition d'une compulsion dans le DSM de 1994<sup>40</sup> :

A. Comportements répétitifs (p. ex. lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. NB. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre Trouble de l'Axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex. préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur.

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale ».

Le reproche « on ne sait plus qui est fou et qui ne l'est pas » devrait être adressé à Freud plutôt qu'aux auteurs du DSM, qui ont voulu définir des critères permettant d'éviter « l'effet Knock » (« les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent<sup>41</sup> »). Rappelons que Freud écrivait en 1905 : « En mettant en évidence le rôle des motions perverses en tant que formateurs de symptômes, nous avons accru de manière tout à fait extraordinaire le nombre des êtres humains que l'on pourrait compter parmi les pervers. Ce n'est pas seulement que les névrosés eux-mêmes constituent une classe d'êtres humains très nombreuse, encore faut-il prendre en considération que les névroses, à partir de toutes leurs configurations, forment des séries sans lacunes pour s'estomper jusqu'à la santé ; Moebius n'a-t-il pas pu dire à juste titre : nous sommes tous un peu hystériques ?<sup>42</sup> ». Il écrivait en 1925, dans son célèbre texte « Les résistances contre la psychanalyse » que sa « situation a quelque chose d'effrayant parce que ce n'est pas une petite affaire que d'avoir tout le genre humain comme patient<sup>43</sup> ». Et dans son dernier livre : « Il est scientifiquement irréalisable de tracer une ligne de partage entre la norme psychique et l'anormalité, si bien

<sup>39</sup> Cf. *DSM-III-R*. Tr., Masson, p. XXV.

<sup>40</sup> *Mini-DSM* (1994). Tr., Paris : Masson, 1996, p. 208.

<sup>41</sup> Jules Romains (1924) *Knock ou Le triomphe de la Médecine*. Gallimard, Acte I.

<sup>42</sup> *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905) G.W., V, p. . Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2006, VI, p. 59-181.

<sup>43</sup> *Gesammelte Werke*, XIV, p. 109. Trad., *Œuvres complètes*, XVII, p. 134.

qu'à cette différenciation ne revient, malgré son importance pratique, qu'une valeur conventionnelle<sup>44</sup> ».

6. « **Les critères du DSM sont parfois trop restrictifs** ». Par exemple, une personne qui a subi un traumatisme psychologique important peut ne pas recevoir le diagnostic de l'« État de stress post-traumatique » — qui peut être la condition d'un dédommagement —, parce qu'elle ne présente pas les six critères prévus dans le DSM. Ainsi, dans une étude irlandaise sur des victimes de viol, 70 % de ces femmes présentaient tous les critères du syndrome, mais environ 80 % des autres femmes — qui n'avaient pas reçu le diagnostic — n'en souffraient pas moins de troubles tels que des souvenirs intrusifs récurrents ou un appauvrissement de la vie affective<sup>45</sup>.

7. « **Des troubles sont absents du DSM** ». Par exemple, le deuil pathologique n'y figure pas. En l'absence d'une définition consensuelle, les chercheurs qui étudient ce trouble — qui concerne, selon les critères adoptés, de 2 à 11% des endeuillés — peuvent difficilement comparer leurs résultats<sup>46</sup>.

8. « **Le DSM enferme des personnes dans des catégories** ». En fait, il suffit de lire l'introduction de l'ouvrage pour constater que les auteurs ont mis en garde contre cette regrettable pratique, qui concerne toute classification (Freud parlait toujours de « malade », de « névrosé », d'« hystérique, de « pervers », et non de « personnes présentant des troubles »). Pour cette raison, les auteurs du DSM écrivent par exemple « un individu avec une dépendance alcoolique » ou « avec une perturbation de type schizophrénique », et non « un alcoolique » ou « un schizophrène ». S'il y a bien un mérite que reconnaît au DSM Mme Roudinesco — qui s'acharne à le pourfendre —, c'est celui-là<sup>47</sup>.

9. « **Le DSM est un outil de prescriptions déterminées** ». Cette critique est formulée par Mme Roudinesco : « La nomenclature du DSM, adoptée par l'OMS, est censée répertorier les troubles psychiques afin de prescrire les traitements<sup>48</sup> ». En fait, cet outil ne répertorie nullement les troubles « afin de prescrire des traitements ». La préface de la 3<sup>e</sup> édition rappelle clairement que l'objectif essentiel est d'« unifier concepts et terminologie » et nullement de parler de traitements. C'est précisément le reproche formulé par d'autres psychanalystes, comme Valérie Pera-Guillot, lacanienne, qui écrit dans *L'Anti-livre noir de la psychanalyse*, publié par J.-A. Miller : « Le DSM III hier, le DSM IV révisé aujourd'hui, mais également la CIM 10 de l'OMS privilégient la description minutieuse des symptômes plutôt que la recherche et le traitement de la cause. Ces systèmes de classification se veulent a-théoriques<sup>49</sup> ».

Le DSM est devenu incontournable. On peut regretter que des professionnels de la santé mentale l'ignorent ou le rejettent, généralement pour de mauvaises raisons, tandis que d'autres en font la Bible de la psychiatrie. Le DSM est actuellement la meilleure catégorisation psychopathologique, mais n'en reste pas moins indéfiniment discutable et amendable.

---

<sup>44</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940) G.W., XVII, p. 125. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2010, XX, p. 293.

<sup>45</sup> Bownes, I. T. et al. (1991) Assault characteristics and posttraumatic stress disorders in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 : 27-30.

<sup>46</sup> Pour une discussion des critères du deuil pathologique, voir Alain Sauteraud (2012) *Vivre après ta mort. Psychologie du deuil*. Odile Jacob p. 206 à 216.

<sup>47</sup> *Pourquoi la psychanalyse*. Fayard, 1999, p. 57.

<sup>48</sup> *Le Nouvel Observateur*, 1<sup>er</sup> avril 2010, op. cit., p. 30.

<sup>49</sup> Éd. du Seuil, 2006, p. 49.