

Maurice Corcos

Professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'université Paris-V-René-Descartes

Psychanalyste

Chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris

L'homme selon le DSM

Avatars d'une classification : Le réductionnisme en marche

À André Green et Roger Mises

Le manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM), abrégé – bréviaire de l'être humain, aide-à-classer-penser – a livré sa dernière version (DSM-V) à des psys en grande peine de nomenclature pour mesurer le désarroi humain.

Les simplifications et les limitations qu'a introduites le DSM, d'abord aux États-Unis puis en Europe et dans le monde, dans l'évolution des concepts, des appellations et des pratiques, dans l'organisation des dispositifs de prévention et de soins et, par là, en définitive, dans la politique de santé, sont majeures.

Comme toute tentative scientifique qui doit toujours, quoi qu'elle en dise, pour appréhender le vivant, penser puis classer, le système DSM a sa légitimité, en particulier dans le domaine de la recherche et de l'avancée du savoir. Domaine qu'il a quitté bien insidieusement à partir des années 1980-1990, pour devenir la bible des cliniciens, des enseignants de psychiatrie, des laboratoires pharmaceutiques et des mutuelles. Ce passage franchi, l'être humain ne pouvant jamais être considéré comme une abstraction scientifique, et la science ne pouvant en aucun cas être un unique reflet de la réalité, le système DSM se doit, comme tout système, de respecter certaines limites.

Dont celle qui pose que classer vient après penser, et non l'inverse. Le temps classificatoire n'est qu'un élément, et sûrement pas le premier, amenant le praticien au diagnostic. S'il est mis tout en avant, c'est qu'il répond à une théorie, celle purement médicale, neurophysiologique, de la prééminence du symptôme sur la personnalité et la dynamique

psychique. Car, de fait, il importe de savoir ce que l'on classe (des faits, des symptômes ou des individus) et comment on choisit de les classer. Donald W. Winnicott en appelait à une classification basée sur les défauts de l'environnement et les facteurs de suppléance, toute chose que le DSM élude.

Et l'autre limite qui se pose également, c'est que, si les statistiques sont importantes, il ne faudrait peut-être pas pour autant prendre leur différence significativement prouvée pour argent comptant (ce n'est qu'un système probabiliste) dans l'analyse diagnostique et la prise en charge de chaque cas individuel, de chaque homme, tel qu'en lui-même il se construit avec son histoire et son imaginaire.

Expliquer ou encoder ?

Pour les patients, les ouvrages guides de vulgarisation (tous les « comment » qui éludent les « pourquoi » !) et les revues psychologiques grand public (avec, à la une, l'étoile du moment, « à qui s'identifier » !) continuent à se vendre comme des petits pains et à distiller leur discours réducteur-séducteur, délivrant au lecteur – ce qu'il demande et achète – consolation et espérance.

Leurs auteurs : des employés du moi social, dont il faut louer la fonction économique en ces temps de pénurie de moyens humains et de gestion des effectifs. Mais n'en serait-il pas de même pour les collègues à qui l'on vend (littéralement) le logiciel de pensée DSM et qui le téléchargent sans trop se poser de questions ?

Ont-ils conscience du rôle de régulation socio-économique qu'ils vont finir par accepter, eux qui s'engageaient dans le métier pour favoriser, chez eux comme chez leurs patients, l'indépendance, si ce ne sont l'autonomie de la pensée et l'expression minimale de leur libre-arbitre, quelle que soit l'exiguïté de leurs marges de manœuvre ?

Dans les deux cas, la question se pose : pourquoi les médecins et le public cèdent-ils à ces alarmantes facilités ? Pourquoi ça marche ? Pourquoi, bientôt, il ne sera même plus utile de nous forcer à penser tous de la même façon, puisque, tous, nous finirons par le faire très bien tout seuls ? Peut-être pour une raison essentielle : pour anticiper et contenir, en catégorisant et étiquetant l'angoisse inhérente à la rencontre avec la folie, c'est-à-dire avec l'autre... en sa radicale altérité. L'autre que soi et l'autre en soi, que certains politiques taxent non plus d'« inquiétant » ou d'« étrange », mais d'« immoral », voire d'« inhumain », et stigmatisent au moins d'un ordre moral et social qu'ils sont bien en peine de définir. La folie en l'autre et la folie en soi, la liberté folle qui ouvre – c'est évidemment vrai – la voie à la contingence et donc au désordre et à la destructivité, voilà le danger à circonscrire... en l'autre et en soi. La contenir, bien sûr, mais tout dépendra de la manière, et pour obéir à quel ordre caché derrière la rigueur scientifique ? Derrière cet acharnement à codifier la folie, afin que tous les

psys investigateurs puissent se référer à cette bible qui préconise « scientifiquement » des règles... des prêts-à-penser et des devoirs... des traitements adaptatifs... il y a la promesse que l'on réussira à éviter « l'erreur humaine, trop humaine », qui n'existe que trop dans toute tentative « artisanale » de comprendre son prochain. Et, pour ce faire, rien ne vaudrait une logique informatique pour prédire et « traiter », c'est-à-dire ici éliminer l'autre erreur humaine que serait la folie.

Robert Musil, dans *L'Homme sans qualité*, plus profondément que Sigmund Freud et Franz Kafka, annonçait les effets dévastateurs sur une société européenne en crise à l'aube d'un cataclysme historique, de l'éviction de toute considération psychologique dans l'appréciation des actes d'un homme (son histoire infantile, la relation à son milieu social et familial, son aptitude à rencontrer l'amour...), et de sa catégorisation *du dehors* sans aucune attention portée à sa vie intime. Il faudrait pouvoir aborder tout homme tant à partir de sa vie extérieure (les faits établis) qu'à partir de sa vie intérieure (ce qu'élude le DSM) : le sujet tel qu'il témoigne de lui-même dans les affects et le verbe. Et, ainsi, ne pas considérer qu'il ne serait conditionné que par son génome et le monde environnant, le conduisant à n'avoir que des réactions stéréotypées comme un vulgaire – malgré son apparente innocence primaire – Forrest Gump. L'esprit-caméra de l'investigateur braqué à l'extérieur fixe un moment de vérité de l'être singulier... celui de sa crise. S'il avançait vers l'intérieur de ce même être, il pourrait alors utilement situer ce moment dans son histoire intime. Surtout s'il cessait d'être uniquement regardant, mais qu'il acceptait d'être regardé, car il pourrait alors apprécier dans le regard que le sujet lui renvoie un élément indispensable au diagnostic et au pronostic : l'établissement d'un lien. Le fait extérieur est la photo de la vérité d'une action ; le fait intérieur est son décor, le paysage mental dans lequel se déroule cette action.

Et puis, cette caméra fixe ne capte qu'un instant, et non le mouvement de l'être, c'est-à-dire la durée qui est la chair du temps, c'est-à-dire l'affect... de l'extase instantanée à l'agonie en passant par la langueur. Et, enfin, cette caméra devrait avoir la possibilité de se retourner vers elle-même pour apprécier si quelque chose en elle résonne dans cette rencontre.

Robert Musil rappelait aussi que tout le monde se croit, se craint, se rêve, plus fou, qu'il ne l'est, et que ce qu'il s'agit donc de contenir pour les plus névrosés est, le plus souvent, le désir, c'est-à-dire le petit grain de folie dans la vie, le petit grain de sable de l'émotion dans la conscience trop bien huilée. Le système DSM n'appréhendant pas la dimension de conflit interne, il n'est plus possible de tenir entre eux, fût-ce nouées jusqu'à l'étranglement, deux motions pulsionnelles antagonistes qui secrètent ce grain de folie fait de désir frustré et d'angoisse « quémandante ». Place aux simplifications binaires ! Désir-angoisse ; folie-ordre ; affect-code ; investigation-expertise... Bienvenue dans le nouveau mode de gestion des transactions mentales et des mœurs inspiré par le malaise dans la culture anglo-saxonne !

Comment les néo-psys élevés au lait transparent d'un traité dont les mots font entrer les sujets dans des cases après les avoir fait passer au filtre de grilles et sous des échelles, renvoyant de plus en plus à des critères socioculturels et économiques et non scientifiques, espèrent-ils connaître ou même comprendre quoi que ce soit à la folie s'ils avancent derrière le bouclier de leurs nomenclatures ?

Comment, s'ils ne s'accordent plus avec cette folie une certaine... et suffisante proximité, qu'ils ne l'acceptent plus, contenir, tolérer, élaborer la torsion *en eux* que leur imprime la torsion de leur patient ?

À moins (ce que je ne crois pas) qu'ils aient renoncé à saisir au plus près, c'est-à-dire dans le lien, la nature des êtres et des choses.

À moins qu'ils ne s'illusionnent (j'en ai bien peur) que des analyses biologiques et des techniques d'imagerie cérébrale (et non mentale) à haute définition feront bientôt le travail à leur place.

Aucune logique de systématisation (psychanalytique compris) ne parviendra à expliquer la folie. Elle ne pourra que l'encager, l'encoder, l'encadrer, l'étouffer derrière des grilles. Il faudra bien, à un moment ou à un autre, comme pour ces touristes excédés par leurs audio-guides, qu'ils lèvent les yeux de leurs manuels et rencontrent alors le visage et le corps du patient, et qu'ils prennent alors la folie non pas uniquement comme un symptôme (sa fonction économique), mais comme le témoignage d'un travail psychique en devenir qui obéit à certaines lignes de force, lignes de suite et lignes de fuite, lignes de crêtes, lignes de sorcières. Prendre la folie comme l'engendrement brinqueballant d'une mémoire, à la fois hypermnésique et oublieuse d'un deuil impossible, d'un rêve cauchemardesque, d'un équilibre précaire de création-destruction, sans éluder les lignes de forces biologiques et psychologiques qui l'enserrent jusqu'à l'automatiser. Ou, pour le moins, la considérer comme un *work in progress* s'ils veulent à tout prix devenir anglais... *up to date*.

Il est incontestable que le DSM est un *work in progress*... mais dans quel sens cette progression va-t-elle se faire, si ce n'est dans celui d'une réduction-simplification assumée dans un réalisme collectif qui n'est pas la réalité psychique de chacun, tant il n'obéit qu'au rationalisme et au pragmatisme ? Quinze jours, non plus pour émousser, éroder, user, cicatriser, et pourquoi pas (?) arpéger votre chagrin (et non Asperger), mais l'oublier, l'effacer, le liquider. Tel est le nouveau critère de durée pour un épisode dépressif majeur, y compris dans les suites d'un deuil. Au-delà de cette limite, votre ticket de deuil non accompli vous donne droit à une étiquette de dépressif majeur, et à une prescription chimique et-ou de remédiation et conditionnement. Le journal britannique *The Lancet* vient de dénoncer ce critère de durée qui ne repose sur aucune base scientifique, mais sur le *Business as usual*. Nietzsche avait posé que : « *C'est dans l'instant de sa pensée que l'essence d'un phénomène se révèle.* » Bergson avait surrenché en montrant que la durée... c'est l'affect : un contact

suffisamment long, non un coup... mais une caresse de dernière tendresse pour tenir le choc dans *le temps retrouvé* de la dépression. Foin de philosophie, nous n'avons plus le temps de prendre en compte le temps nécessaire au développement *d'un devenir* : c'est ici, maintenant et immédiatement que tout doit se jouer. Or, le devenir d'un sujet dégagé des barrières de la servitude-conformisme-adaptabilité, visible dans ses rêves, dans les images mouvements de ses rêves-vœux, n'est pas saisissable par les chiffres (algorithmes !?) ni même symbolisable dans des mots ou des images. Le rationalisme absolu et donc morbide du DSM confond le non-organisé (qui comprend le devenir, le virtuel, le potentiel) et le désorganisé. La psychanalyse prend le pari (illusion mobilisatrice) d'une désorganisation toujours dynamique tant que la douleur est signe d'affect et n'est pas aveuglante. Et, avec Marcel Proust qui pensait qu'il y avait plus de psychologie dans la douleur que dans la psychologie, on peut penser que cette douleur, si elle ne terrasse pas le sujet, est source de croissance affective.

La psychanalyse ou la rencontre de l'autre et de sa folie

La psychanalyse accrédite la capacité qu'a l'esprit de tout être humain de tenter de se dégager de l'aliénation engendrée par l'adversité biologique et/ou environnementale... et de s'arranger avec l'idée qu'il peut s'en faire. Comment ?

Parce qu'elle n'est pas un système, mais un modèle, et qu'elle s'accorde une proximité avec la folie du patient, c'est-à-dire accepte fondamentalement que la rencontre avec l'autre passe par l'affect, la chose la moins objective au monde. Accepter que rencontrer l'autre, c'est ressentir son angoisse, l'angoisse de l'autre et l'angoisse provoquée en soi par cette rencontre. Et ce ressenti qui est un élément fondamental pour asseoir un diagnostic est totalement érudé dans le DSM qui s'en tient aux faits symptomatiques bruts et têtus. Faits qui en deviennent « bêtes », c'est-à-dire, paradoxalement, plus vrais, mais moins réels en ce qu'ils ne dépendent plus du lien du sujet aux autres (psychiatre compris) ni même du sujet à son histoire.

Ne pas prendre en compte l'affect ¹, c'est ni plus ni moins négliger jusqu'au rejet : l'impulsion corporelle, puis la sensation charnelle qui le meuvent ; l'élan vital, l'énergie électrique, la libido, qui le véhiculent ; et le message dans la durée qu'il pré-représente. Georges Devereux, anthropologue, ethnopsychiatre et psychanalyste, posait au soir de ses réflexions qu'il n'y avait pas d'évaluation plus objective de l'être humain face à nous que le contre-transfert. Et qu'en substance, la clinique symptomatique du lien était ce qu'il fallait privilégier : l'observé observe l'observateur, étudie la manière dont il ou on (impersonnel) l'investit, le pense, le manipule. Et c'est bien essentiellement cela que l'observateur lui-même observe et même évalue... la manière dont l'observé l'observe, entre ou non en lien avec lui, l'investit ou non, accepte le transfert ou se dérobe.

La psychanalyse a cette ambition folle de s'engager dans la cocréation d'une nouvelle « folie » dans le transfert, et de remplacer ainsi la *misère ordinaire* par une nouvelle codépendance où se construit un symptôme avec le patient. Moins par plaisir pervers, ou même volonté délibérée... que par prise en compte de cet élément essentiel qui apparaît lors de toute rencontre et fait événement qu'est le transfert. Et par le choix, via cet étrange *angle de réflexion*, de travailler à comprendre ce qui le justifie... ce qui justifie ce transfert vers soi, à ce moment-là. Plus précisément et plus profondément encore..., tenter d'élucider sans l'annuler la paradoxalité qui existe dans la circulation du désir du système inconscient au conscient pour le sujet dans sa relation à l'autre et qui détermine l'objectivité absolue d'une subjectivité radicale seule à même de restituer la réalité d'un être. Pour ce faire, l'analyste percevant la torsion du sujet enfermé dans une « logique » qui le rend fou, accepte que cette torsion puisse le rendre fou lui aussi... jusqu'à une certaine limite, évidemment, mais ne se précipite pas pour normaliser, adapter, réhabiliter, remédier, jusqu'à une certaine limite, ici aussi évidemment. Et sans aller jusque-là, n'y a-t-il pas dans toute rencontre médicale la nécessité d'apporter un peu de soi pour combler l'espace qui sépare le médecin du patient ?

L'analyse vise à circonscrire le possible écart du sujet d'avec son aliénation – la partie saine, la frange d'hystérie existant dans toute détresse témoignée par le fait que le sujet « fou » reste plus ou moins spectateur de lui-même –, et dans celui-ci à évaluer la possibilité restante pour le sujet d'accéder à une indépendance de pensée, et *in fine* à une certaine vérité sur lui-même. Tout est donc affaire... d'abord de distance dans l'engagement, et ensuite de limite dans le dégageant. Et l'argument rebattu que l'analyste n'est pas attentif à ce que le sujet ne se noie dans ces fantaisies, ou dans son délire, ne se complaise dans ces entraves jusqu'à ne plus pouvoir en sortir, est méprisant pour le clinicien qui y veille. Tout comme l'est l'argument tout aussi rebattu que le traitement psychotrope trop précoce « casserait » les défenses psychiques mises en place ou modifierait profondément le travail du rêve. Si ça n'est pas faux, il n'est pas vrai non plus que ces défenses soient les meilleures voies amenant vers la guérison, et que tous les rêves soient créatifs, tant beaucoup d'aliénés tournent à vide.

Sur ces points et sur d'autres, on ne peut qu'appeler à une mutation de la psychanalyse, qui ne peut passer que par l'évacuation des gendarmes (ex-apparatchicks) de l'orthodoxie. Mutation qui passe par l'étude de la biologie et de la religion (de la croyance dans les institutions ; de la défascination pour les jeux de bouche... à reculons et sans fin).

Dans cette distance suffisamment proche, ce qui fait la spécificité de la psychiatrie dans le vaste champ des disciplines médicales, à savoir la perception d'un raisonnement psychopathologique possible, est désormais interdit par le DSM, et l'on renvoie le médecin à l'un des éléments de sa vocation, la remise en ordre, au détriment de son pendant, la compréhension, la maîtrise *versus* le plaisir de penser. L'ordre en question étant celui validé

par la science d'une époque auquel vont s'attacher la société et la culture de cette même époque. Et l'époque n'est guère à la fantaisie !

La psychanalyse a été vertement critiquée par certains « scientifiques » qui lui reprochent son fonctionnement intuitif et son mode de raisonnement analogique, oubliant que le moteur de l'intuition est l'affect et que l'association par *le même* vaut uniquement pour le couple patient-thérapeute, tandis que la corrélation statistique a, quant à elle, cette ambition folle de croire valoir pour tout le monde. Nul doute que ces critiques sont dans certains cas totalement fondées et qu'on a connu des couples de psychanalystes-patients se retrouver pour l'éternité ou presque de chaque côté du même miroir, autour d'une quête éperdue d'un autre sens que leur sens commun. Et peut-être même finiront-ils, fatigués, par s'en remettre au DSM-X, pour moins définir qu'accueillir leurs maux, quel qu'en soit le prix dûment chiffré de réduction ? Mais a-t-on assez insisté pour témoigner que la psychanalyse vise une compréhension qui prenne en compte non seulement la raison, mais aussi la sensibilité, c'est-à-dire les affects et les sentiments ? Pourquoi ne pas accepter que certains puissent aider les patients par leur capacité d'intégrer un savoir neurobiologique et comportemental, et d'autres par leur capacité de faire image, d'aider à accéder à des représentations, de partir de leurs émotions et du corps pulsionnel qui les engendre ?

Pour conclure...

La bible n'est pas un livre mais une bibliothèque... et il y a plusieurs (nouveaux) testaments ! Qui s'occupera du facteur humain si la psychiatrie ne veut s'en tenir qu'aux faits ? Ce rôle-là est dévolu à la justice, mais il y a grand risque qu'une confusion entre les deux institutions ne s'installe dans l'opinion publique si la stigmatisation de la maladie mentale se politise.

Ce rôle est aussi dévolu au religieux, mais il y a là un autre grand risque de confusion autour de la question de l'autonomie morale. Le système DSM n'adhère pas à l'idée d'un continuum entre le normal et le pathologique, et au fait clinique simple que le quantitatif à un certain degré d'intensité, voire d'incandescence, c'est du qualificatif. Le risque à venir n'est-il pas, avec cet esprit de système, de verser dans la confusion entre le sain et le pathologique, entre le bon et le mauvais, entre le bien et le mal, en passant par le sûr et l'incertain ?

C'est à craindre, car nous n'avons pas vu la transformation de l'art médical en médecine populaire... celle-là même qui fixe des millions de spectateurs devant leurs écrans de télévision déversant les fameuses séries US sur le sujet, où l'obligation romanesque et les *happy end* de rigueur vous donnent une image totalement irréaliste du métier de médecin. Nietzsche encore : « *Médecine populaire et morale populaire vont de pair et ne devraient plus être appréciées aussi différemment qu'on persiste à le faire : ce sont les deux plus dangereuses des pseudosciences* ».

Sigmund Freud aurait-il perdu son pari de débarrasser les sciences humaines de la métaphysique au profit de la métapsychologie ? Il était darwiniste, positiviste et biologiste. Le ticket Darwin-Freud existe donc. Et quand un psychanalyste pose que la science court, comme toute chose en ce monde, le risque de l'idéologie, et se voit quasi instantanément qualifier de « charlatan » promoteur d'une anti ou pseudoscience, et auteur de pseudo-raisonnements qui ne résisteront pas aux faits quand on en aura fini d'analyser le génome, il faut qu'il puisse tenir bon en arguant que la science doit accepter l'aide d'autres spécialités pour se purger de sa tentation scientiste qui n'est rien d'autre que le retour du religieux et d'une métaphysique masquée.

La maladie mentale n'est pas l'expression directe d'une machine dérégulée, et il faut se méfier de ceux qui transforment l'homme malade en « machine à guérir » et d'une science malade de l'idée incurable de guérison.

1. « *Le rail émotif, la propulsion émotive, l'ultraprécision émotive.* » (Céline)

Bibliographie :

Corcos M., 2011, *L'Homme selon le DSM. Un nouvel ordre psychiatrique*, Paris, Albin Michel.

Musil R., 1979, *L'Homme sans qualité*, Paris, Points, 2011.