

■ ■

MAURICE CORCOS

L'homme selon le DSM

Le nouvel ordre psychiatrique

**EST-CE LE MONDE
QUE NOUS VOULONS ?**

■ ■

ALBIN MICHEL

■ ■

© Éditions Albin Michel, 2011

ISBN : 978-2-226-26917-1

À Marc Lémann

« Il y a un vertige taxonomique. Je l'éprouve chaque fois que mes yeux tombent sur un indice de la classification décimale universelle (CDU). Par quelle succession de miracles en est-on venu pratiquement dans le monde entier à convenir que 668 - 184 - 2 099 désignerait la finition du savon de toilette et 629. 1. 018 - 465 les avertisseurs pour véhicules sanitaires... »

Georges Perec,
Penser/classer

Introduction

Les matins et les nuits

« N'ayant rien trouvé... ça prouve que j'ai bien
cherché. »

Un patient

Il y a des matins où l'on devrait rester au lit, sous la couette, à méditer sur le mystère proprement impensable de ses rêves. Comment transmettre quelque chose de ce « métier » (une science et un art) à de très jeunes collègues¹ ?

Réunion d'exposé de « cas cliniques » : ils semblent parfois ne rien comprendre à ce que vous « délirez » sur le patient, alors qu'ils vous « rapportent » leur cas (plus qu'ils ne vous le présentent) dans un discours qui semble extrait d'un manuel scolaire, en vous assenant un listing quasi exhaustif des faits relevés à l'interrogatoire (réduits à ce qu'a dit le patient) et des symptômes prélevés à l'examen, avant de conclure leur diagnostic par une série de lettres et de chiffres froids et impersonnels censée circonscrire sa « folie »...

On croit d'abord comprendre que la maladie les intéresse plus que celui qui la porte... mais c'est bien pire : la constater, c'est-à-dire réduire sa complexité à un diagnostic, leur importe plus que de la et le comprendre. La pensée stérilisée par l'apprentissage à répondre efficacement à des QCM pour valider leurs examens, les voilà face aux patients réduits à collecter les symptômes que leur impose le système DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*), les additionnant sans fin, puis les soustrayant pour aboutir à un résultat qu'ils vous livrent joyeux comme le bon élève qui a vaincu une équation à une inconnue. Mais l'équation a plusieurs inconnues et l'homme, surtout quand il devient

« fou », est une machine dérégulée qu'aucune check-list ne parviendra à résumer...

Le DSM ou l'invention d'une notice universelle pour les machines désirantes détraquées à l'usage de médecins informaticiens phobiques de la clinique... L'ambition pour le psy n'est plus d'entrer dans l'expérience intérieure du patient, mais de répondre à son excentricité par une cohérence objective. C'est là un effet pervers du système DSM construit pour que les chercheurs des différents pays puissent travailler sur une base de critères diagnostiques commune et ainsi comparer efficacement leurs travaux. Mais en clinique, quand, dans une réunion de synthèse, tout le monde pense la même chose, et de la même manière univoque, répondant à une même approche pragmatique, on sait bien que le résultat est très mauvais, parce que le monolithisme n'a jamais signifié la cohésion.

Alors quoi, chez ces étudiants ? Vivrions-nous dans des îlots générationnels, relationnels, culturels et langagiers différents ? Allons ! Les enjeux de vie et de mort, de vérité et de croyance, de sagesse et de folie sont pourtant bien toujours les mêmes ! Alors quoi ? Immaturité juvénile ? Ingénuité cruelle sur virginité clinique ? Manque de travail ? Défaut d'intelligence sensible ?... Non, ce serait plutôt qu'il y a, dans leur manière même d'appréhender « le cas » (plutôt que le sujet, dans son histoire et dans son environnement), un processus mécanique d'enclencher une démarche diagnostique (plutôt que de penser), de se sentir obligé de délivrer un résultat le plus rapidement possible (plutôt que de tenter une hypothèse). Et, pour ce faire, tout un déploiement d'une énergie très masculine, virile, d'appropriation du cas, contre-investissant une peur de la passivité. C'est ainsi qu'ils avancent, guidés uniquement par les doctrines établies par la bible diagnostique du moment, le DSM, avec la froideur d'une machine qui ne connaît qu'un seul mouvement, celui de la marche en avant, jamais en arrière, écartant tous les symptômes secondaires que

l'« échantillon humain », en face d'eux, s'ingénie à exposer en contradiction totale avec les théories.

Ne sera-t-il pas trop tard lorsque la masse inerte des étudiants habitués à lire ce que d'autres ont choisi pour elle se transformeront en médecins armés des prescriptions ordonnées par des guides-livres, sans initiative ou originalité, exécutant (la machine déjà en eux) des ordonnances avec un calme inaltérable, puisque ces troubles psychologiques que présenteront les patients ne les concerneront que comme une maladie à soigner ?

Soyons juste : la responsabilité ne leur en incombe pas entièrement. Le temps consacré à la préparation de l'internat, puis, très rapidement, à leur « carrière » professionnelle est aujourd'hui mangé par l'obligation de résultat, et il leur est difficile de se dégager d'un logiciel « scientifique » comptable qu'on leur inculque comme modèle de prêt-à-penser. Les conditions mêmes de leur perception sincère des troubles sont en outre par avance déterminées selon un logiciel social dont ils ne savent pas l'existence. Pour preuve, cet échange de mails avec un interne :

Cher Maurice,

Je vous écris parce que je suis en train de préparer l'enregistrement de ma thèse. Concernant les mots clés, on m'a pour l'instant refusé « état limite » et proposé « trouble de la personnalité limite ». Je suis en train de voir avec la bibliothécaire pour remédier à ce problème, qu'en pensez-vous ? Avez-vous déjà eu ce genre de surprise ?

J'avais proposé « lien social »... la suite est une citation, extraite de la réponse que j'ai reçue, non résumable : « Lien social n'existe pas, je vous propose environnement social, définition : The aggregate of social and cultural institutions, forms, patterns, and process that influence the life of an individual or community. Ou alors socialisation, définition : The training or molding of an individual through various relationships, educational agencies, and social controls, which enables him to become a member of a particular society. »

Merci de me dire ce que vous pensez de tout cela.

Bien à vous,

J. V.

Et, lorsque, juste après, se présente à vous votre nouveau patient, presque aussi jeune ou aussi vieux que les externes que vous avez à éduquer si ce n'est à élever, et qu'il vous débite lui aussi ses symptômes soigneusement relevés sur Internet, vous délivrant son diagnostic avant même que vous ayez ouvert la bouche, les bras vous en tombent. Où sont passés les conseils que vos maîtres vous ont transmis² ? Attention au sujet, à la personne ! Regardez bien le paysage autour de lui et la place qu'il y tient ou qu'on lui a imposée avant de conclure ! N'assimilez pas une souffrance à une faiblesse ! Ne croyez pas qu'à la logique des forces : remontez des effets aux causes en acceptant que parfois certains organes divaguent ou délirent et désobéissent à la physiopathologie ! Voyez comme le patient, comme tout un chacun, tente de se débrouiller avec ce qu'il a (ou croit avoir) vécu ! En pathologie mentale, rien n'est plus fort que la croyance... et jamais la lucide logique ne comprendra la sombre folie.

Bref, on s'énerve, on radote sur le bon vieux temps d'avant les chiffres et les codes. Mais l'envie de hurler vous prend aussi... C'est que ça vous rappelle ces hordes de touristes qui, dans les musées, sur un site archéologique, ou dans les mariages, ne quittent pas de l'œil le viseur de leur caméra ou de leur appareil photo, déléguant sans sourciller à cette machine pseudo-objectivante leur désir de saisir le monde, le capturer et le maîtriser, sans le connaître, ce qui exigerait de se l'approprier sensoriellement dans un accueil passif. Aux tableaux mentaux ils substituent mentalement des images électroniques, c'est-à-dire un imaginaire virtuel car sans affect. La même mécanisation de la perception clinique, aujourd'hui industrialisée par les DSM et CIM³, et matérialisée de plus en plus souvent par l'IRM (imagerie par résonance magnétique), témoigne avant tout d'un besoin de contrôle face à la terreur du réel, surtout quand celui-ci devient trop, en excès, fou.

Mais contrôler n'est pas percevoir. Toute perception est active, engagement et travail psychique ; et toute réalité perçue est réalité psychique, le réel n'étant toujours abordé que tangentiellement.

Aucune perception et a fortiori aucune investigation n'est donc « objective » en tant qu'elle implique l'observateur : c'est bien ce que nous a enseigné Lévi-Strauss, ce drôle de voyageur sans bagages et donc sans a priori et cet étrange explorateur qui haïssait les voyages et les explorateurs⁴. Aucun quadrillage de cette perception clinique n'est objectif : ni celle « scientifique » du DSM, ni celle « poétique », « idéale », de la psychanalyse. Le risque tragique de tout penseur et de tout théoricien demeure toujours de se raconter des histoires dans l'inévitable projection de sa propre subjectivité. Au moins, la psychanalyse, cette déjà vieille science que certains veulent reléguer aux oubliettes, n'ignore-t-elle pas que tout savoir est une histoire et impose-t-elle à l'observateur une analyse afin qu'il tente de se défaire d'un nombre suffisant d'a priori pour devenir, pour son patient, un auxiliaire psychique à la mentalité (si ce n'est à la neutralité) bienveillante ; au moins l'écoute silencieuse de l'analyste laisse-t-elle une place et une parole au sujet dans la construction d'un sens, et autorisent-ils le sujet à obéir un tant soit peu à son désir... lui permettant de découvrir ce qu'il pourrait devenir.

Le DSM, comme tout mode de penser, n'est pas advenu *ex nihilo*. Il est marqué par le processus de rationalisation (économisme et moralisme) à l'œuvre dans les sociétés occidentales, qui a trouvé un terrain de choix avec la folie qu'elle confond avec le désordre et la violence. Le DSM n'est qu'un symptôme d'une époque. Rappelons-nous Georges Bernanos qui nous annonçait l'asservissement de l'homme en « animal économique » par un système qui lui impose une réglementation chaque jour plus serrée faite au

nom de la dictature de la rationalité : « Mais êtes-vous certains de ne pas prendre le signe pour la chose, comme un être d'une intelligence absolument différente de la nôtre, ignorant tout du langage et de l'écriture, s'extasierait sur le rythme des voix, la symétrie d'une page d'imprimerie, s'efforcerait de dégager les lois de l'une et de l'autre, sans rien savoir de l'essentiel - de cela qui seul importe -, la pensée, la pensée toujours vivante et libre sans la contrainte apparente des caractères ou des sens qui l'expriment ? Si la vie était la pensée libre de ce monde en apparence déterminé⁵ ? »

Le DSM est marqué par le biologisme et le comportementalisme qui ont décidé de réfuter (ou de dénier, ou de faire l'économie de) l'hypothèse de l'inconscient et donc d'une lecture singulière de symptômes qui allient deux expressions superposées (l'une consciente, l'autre inconsciente) recouvrant un conflit interne explosif qui cherche à se dire. Il se prévaut d'une approche purement descriptive de la pathologie mentale, laissant augurer une vision directement physicaliste de la symptomatologie du patient, sans aucune interface psychique.

Ce faisant, cette catégorisation étroite se montre aliénée à des modèles bio-psycho-sociaux, mais, plus grave, faisant fi de la compréhension de la vie intérieure, intrapsychique, du sujet malade, le fige dans ses symptômes, laissant supposer qu'il n'a plus de perfectibilité⁶ et donc de liberté. Ce qui sous-entend que ce qui doit être fixé là est de l'inhumain. Reconnaître que l'inhumain est chose humaine, plutôt que de l'encager dans des classifications, n'est pas, n'en déplaise à certains politiques amateurs de génétique, verser dans l'idéalisme et le laxisme. C'est accepter que le monde terrifiant des régressions psychotiques, où le sujet est livré à des fantasmes d'intense destructivité, fait partie de l'humain. Tout comme l'inhumain froid de certains

fonctionnaires est souvent mieux toléré, parce que moins bouillonnant et plus adapté et adaptable dans une société marchande de performance.

Pour la psychanalyse, ce qui compte au contraire pour dire l'humain dans sa diversité, sa force et sa fragilité toujours vivantes, ce sont moins les éléments qui le constituent que la multiplicité possible des combinaisons entre eux. Alors que le DSM se veut « objectif » dans le recensement des faits qu'il additionne sans se soucier de les lier puisque le patient ne semble pas s'en soucier lui non plus. Mais le patient n'a-t-il pas de « bonnes » raisons d'asseoir sa sécurité intérieure au prix du symptôme en récusant des possibilités d'accéder à un sens ? Pas question cependant pour certains d'aller si loin et de l'aider à reconstituer le puzzle : ce serait gravement s'impliquer et biaiser l'investigation, nous dit-on - pour ne pas avouer que l'engagement dans une proximité psychique et affective avec le patient va impliquer une prise en charge autrement longue et difficile qu'une expertise factuelle ou une simple consultation d'orientation.

Comme toute nouvelle science, ou comme toute religion, le DSM tend à faire admettre, mais avec le formidable pouvoir financier et médiatique qu'on lui connaît, sa propre définition de la réalité qu'il veut, lui, observer et commence pour ce faire par créer et imposer un nouveau vocabulaire. La jeune Alice avait raison de se méfier de l'interlocuteur à qui elle voulait raconter sa « *long and sad story* » : « La question est de savoir, dit Alice, si vous avez le pouvoir de faire que les mots aient tant de sens différents. - La question est de savoir qui est le maître, dit Humpty Dumpty⁷. »

L'environnement « culturel » que crée le DSM est celui d'un universalisme hégémonique qui risque de favoriser, sous l'influence de l'individualisme⁸ prôné et assumé dans la culture anglo-saxonne - et au détriment d'un

engagement de l'État et d'une solidarité indispensable -, une mise à l'écart radicale des désadaptés... pour ne pas bientôt dire des *losers*. L'avènement d'un diagnostic universel de maladie mentale, sous couvert de science, signifie que certains, les gagnants, ont décidé de comment il fallait « renommer » le fichier des perdants. Cela peut passer pour une inquiétude excessive, mais ne faut-il pas redouter la formidable machine à influencer qu'est le *story-telling*, c'est-à-dire la construction d'une identité à partir de la construction d'un discours - et ceci tant bien hier pour la psychanalyse qu'aujourd'hui pour le système DSM ?

Au-delà de la question de l'intentionnalité plus ou moins cynique ou perverse, dominant les moyens de divulgation de cette nouvelle pensée. Ainsi, la maladie mentale est devenue, c'est un fait désormais avéré, ce qu'en dit le DSM, même si, pour bon nombre de praticiens, cela ne renvoie pas à une clinique mais à une fiction statistique. On parle beaucoup de l'illusion psychanalytique, mais qui parle de l'illusion statistique et des problèmes éthiques qu'elle génère pour les très nombreuses « exceptions humaines » ? Les conclusions de ce manuel diagnostique et statistique valent à l'échelle des populations, non des sujets. Les tenants du DSM, parfaitement sûrs qu'ils sont de leur force et de leur droit, assument comme on assume aujourd'hui, c'est-à-dire cyniquement, que le contenu de leur œuvre « fait abstraction » (au sens littéral du terme) d'une bonne part des complexités de la conscience humaine face à la complexité du monde où il leur est donné de vivre. Qu'importe pour eux que de plus en plus de cliniciens s'alarment de ce que les descriptions des symptômes à distance des pensées et des émotions qui les sous-tendent semblent à peine appartenir à des personnalités concrètes, et encore moins à des personnes vivantes de chair et de sang ! Ils continuent à peaufiner leurs portraits robots, pour un futur paradis de robots.

L'idée-force qui sera développée dans ce livre est le fourvoiement que constitue, dans le champ d'investigation qu'est la pathologie mentale, la captation par la science mathématique du psychisme humain. Un fourvoiement généralisé qui ne touche pas uniquement la médecine mais l'ensemble des champs relationnels. Il n'est pas le fait des scientifiques, qui savent qu'ils travaillent sur des objets idéaux, bien loin de la complexité de l'humain, qui connaissent la réduction que leur impose la nécessité de l'abstraction, et qui ont conscience que la dimension mathématique qu'ils mettent en exergue est à articuler avec beaucoup d'autres dimensions : l'esprit de géométrie et l'esprit de finesse chers à Pascal. Il est le fait de pragmatiques très intelligents, mais affectivement idiots, ou cyniques (l'un n'excluant pas l'autre), qui utilisent l'habillage mathématique pour assouvir on ne sait quels intérêts idéologiques et financiers.

Les deux premiers DSM (1952 et 1968) étaient inscrits dans leur époque où les questions de la subjectivité et du sens n'étaient pas encore considérées comme accessoires. Les différents courants de pensée avaient été invités à la table des négociations pour co-construire un nouvel outil diagnostique et il apparaissait polémique de commencer à critiquer un si bel effort, d'autant qu'il était répété qu'il n'était pas intangible et qu'il s'agissait là d'un *work in progress*, sujet à évoluer avec l'accroissement des connaissances et des vérifications. Ce n'était pas un mensonge, mais l'évolution s'est faite au gré de la force de persuasion des groupes de pression et des engouements de l'époque pour le rationalisme économique. Aujourd'hui, oser évoquer l'hypothèse que telle conduite a un sens est l'objet de moqueries et, ce qui est plus grave, de censure. Parallèlement, la possibilité de publier un article dans une revue à « haut comité de lecture », où la part de discussion est infime relativement à celle de l'analyse des corrélations

statistiques, est totalement dépendante de l'acceptation d'un système de classification qui dénie le sens. De fait, les futurs chefs de service de psychiatrie sont de jeunes internes et chefs de clinique prometteurs, qui doivent en passer par une année de mobilité aux États-Unis ou en Angleterre, pour revenir bardés de publications anglo-saxonnes à fort *impact factor* afin de satisfaire certaines exigences universitaires. Nul doute qu'ils auront appris non seulement la langue mais aussi la manière des maîtres. Ainsi, amené récemment avec d'autres collègues à examiner le dossier d'habilitation à diriger les recherches d'un jeune impétrant, nous apprîmes quelque peu médusés qu'il souhaitait être « jugé » par des « maîtres » qui avaient au moins le même nombre de publications scientifiques anglo-saxonnes à haut *impact factor* que lui !

La parution en 1980 de la troisième édition du traité, son caractère révolutionnaire par rapport aux versions antérieures et sa diffusion bien au-delà des États-Unis relèvent de nombreuses raisons. L'une d'entre elles était liée à la nécessité de remédicaliser la psychiatrie et de la réintégrer au sein des disciplines médicales. Évolution somme toute concevable (avant les années 1980 régnait aux États-Unis un courant antipsychiatrique et antinosologique qui favorisait la prise en charge des malades par les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes nonmédecins au détriment des psychiatres médecins), mais qui semble avoir été imposée sous la pression des laboratoires pharmaceutiques et des départements des neurosciences⁹. Une autre raison était la faible fiabilité des diagnostics et l'absence de consensus quant à l'utilisation de nombreux termes en psychiatrie. C'est ainsi que la classification adoptée a privilégié les symptômes observés plutôt que ceux « ressentis » au nom de la sacro-sainte objectivation des faits - mais qu'importe après tout la « vérité du sujet » quand on vise, avant tout,

moins à l'allégement de sa souffrance qu'à son adaptation. Les malades auraient tort de se sentir stigmatisés : n'en est-il pas de même avec les gens sains à qui on veut faire avaler que l'autoréalisation personnelle n'est significative qu'en regard de la performance sociale ?

L'utilisation de groupes de travail et la prise en compte des travaux publiés utilisant des cohortes de sujets défavorisaient donc les approches qualitatives. Là encore, évolution somme toute acceptable, comme un retour de bâton adressé à ceux qui se référaient au modèle psychodynamique dominant et qui, tout aussi « fermés », méprisaient ceux qui n'avaient pas envisagé de s'allonger avant que de discourir, préférant trouver des solutions en joggant.

Le problème est que ce nouveau monde « scientifique » qui prenait les rênes du pouvoir était accompagné (et cela aurait dû mettre la puce à l'oreille des psys réputés savoir entendre) du grand barnum du marketing publicitaire dans les congrès et les publications.

L'Amérique avait réussi à vendre à la vieille Europe, via Hollywood, un style de gagnant. Elle était parvenue aussi sans coup férir à lui imposer de gigantesques systèmes financiers... Elle entreprenait, ni plus ni moins maintenant, de promulguer un nouvel ordre mental et accessoirement avec lui de nouvelles modalités de transaction des mœurs.

L'ère du DSM a ainsi accompagné l'évolution de la fin du siècle dernier : ultrascientisme quand la science confond rationalisme imbécile et pensée féconde, rentabilité aveugle dans l'application industrielle avec marketing de produits générant de faux rêves de masse au détriment des rêves individuels, frénésie technologique coupée de la culture pourtant seule à même de lui éviter de verser dans l'absurde puis la barbarie mécanique et froide. Le tout saupoudré des orientations adaptatives de l'ego-psychology d'abord, puis des théories cognitivo-comportementales, et enfin de la génomique qui reste aujourd'hui une science qui

tarde à devenir médecine tant le risque d'une utilisation erronée serait grave.

À vouloir se passer de toute interprétation subjective de l'investigateur et de toute subjectivité du patient, pour objectiver les faits, uniquement les faits - refusant de voir qu'ils sont en eux-mêmes des signes, parfois des symptômes qui doivent être interprétés -, le DSM représente une régression académique où ne se pose même plus la question de savoir ce que valent des généralités statistiques, prétendant un ordre constant et une régularité invariable, en récusant l'intelligence sensible, intuitive, celle qui ne pense le traitement qu'après, pour prôner une intelligence abstraite qui classe en catégories pour la nécessité d'une action ciblée.

C'est dire qu'on a successivement échoué à éviter deux écueils historiques. Celui de la psychanalyse triomphante des années 1950-1960, avec son matériel intellectuel pour l'essentiel théorique plus qu'empirique, assez ignorant du poids du réel et des contraintes biologiques - et les risques inhérents à la spéculation et l'enfermement dans une approche discursive et spéculative. Celui de la science triomphante actuellement à son apogée, pour qui n'a de sens que ce qui se produit, qui ne croit qu'aux faits et qui à l'aide d'échelles a abouti à exclure en isolant toute déviance et à définir en creux une normalité illusoire. Les faits sont certes têtus mais aussi stupides quand ils ne font pas événement et ne modifient pas la situation.

La norme n'est plus philosophique et religieuse, elle est devenue, avec la médicalisation de la société, médicale et juridique. Elle est définie par des mesures établies par des consensus d'experts qui ont le pouvoir de l'imposer...

Ceci nous permet de souligner que le DSM se veut consensuel plus que dialectique, c'est-à-dire qu'il ne contient que des éléments sur la définition desquels un groupe « représentatif de spécialistes » se sont accordés, ce

qui permet d'arguer de la possibilité nouvelle de confronter réellement les recherches d'équipes différentes.

Première question fondamentale qui risque cependant de gripper les réunions dès le début : tenter de résoudre en commun un problème est certes une bonne chose ; encore faut-il se poser la question de savoir si le problème est bien posé. En l'occurrence existe-t-il une science codifiée des cas individuels ?

Mais avançons jusqu'à la seconde question : qui sont ces experts-arbitres choisis pour dire ce qui est scientifique et ce qui ne l'est pas ? Ces fameux groupes « représentatifs » de spécialistes ne sont représentatifs que des remous du vieux courant béhavioriste qui, dès l'origine, a traversé les États-Unis. Quand on connaît d'un peu plus près certains de ces « spécialistes », « experts », incapables sur le plan humain de délivrer une pensée un tant soit peu affective, mais très capables sur le plan financier de s'acoquiner à certains laboratoires pharmaceutiques, quand on étudie leur personnalité ou leur absence de personnalité, on est horrifié que cela puisse être eux qui disent le normal et le pathologique, faisant et défaisant les diagnostics des troubles de la personnalité avec l'habileté de catégorisateurs enfermés dans des îlots de pensée névrotique ou identitaire. Écoutons le héros de *Tendre est la nuit* de F. S. Fitzgerald, un psy qui écrit une « psychologie » sur les psychiatres : « Le drame de notre profession, c'est qu'elle attire des gens qui sont eux-mêmes un peu fragiles, un peu blessés. Une fois qu'ils sont dedans, ils ont l'impression d'être encadrés par des murs solides et rassurants, et l'aspect "pratique", l'aspect "clinique" de notre travail leur permet de compenser leurs propres faiblesses. Ils finissent par gagner un combat sans avoir combattu. »

Le courant dominant exclut toute pensée à l'origine d'une conduite, réduisant cette dernière au comportement (animal) et bientôt à un automatisme issu d'un réflexe

synaptique pavlovien (robot), alors qu'il obéit le plus souvent à une conduite mue par le psychique. Il est infiltré d'une écologie particulière (plus que d'une culture) qui sacralise certaines normes (plus que valeurs) censées définir l'être sain, c'est-à-dire l'être adapté : promotion de l'individualisme, fascination pour la performance et valorisation du succès à tout prix dans un esprit pionnier qui ne connaît pas d'à-rebours ; logique économique infiltrant le champ des sciences humaines parallèle à un contrôle de l'agressivité et une rigueur sexuelle éludant la dimension de plaisir au profit de celle de la satisfaction ; obsession explicative de tout affect en le rapportant à une norme biologique statistique et en la confondant avec la notion de douleur, qu'il serait immoral de ne pas apaiser, alors que le contact avec la souffrance est source de créativité ; pensée binaire sur le bien et le mal ignorant la pensée du chef de file de la génération perdue, Hemingway, qui notait que le mal venait souvent d'une innocence. Une pensée quelque peu paranoïaque, qui ne reconnaît pas l'inconscient (le sien et celui de l'autre) ou le soumettrait à la rigueur d'une logique infiltrée de morale sous couvert de respectabilité sociale et de règles légales : le mal, le mauvais, le malade, vient de l'extérieur, de l'autre, ou d'une maladie originelle. Tout cela nous semble davantage s'apparenter à un déplacement au niveau individuel de la crainte ancestrale de l'anarchie et de la folie, crainte qu'il est toujours difficile d'amadouer tant elle repose sur un système de croyance.

Or les apprentis sorciers de la planification planétaire des maladies mentales disposent d'atouts financiers et médiatiques hors proportion. Ils nous proposent ni plus ni moins, comme Microsoft ou Apple, de nous équiper d'un système pratique d'investigation, clés en main, avec la promesse de l'ajout au fur et à mesure d'applications que nous ne téléchargerons dans nos cellules cérébrales que si nous restons fixes et captifs du logiciel de base... qui deviendra alors définitif. Nous pensions, à l'époque de

l'avènement du système DSM, qu'ils n'oseraient pas. Nous avons tort et cela perturbe nos nuits. Nous avons imprudemment lâché sur les mots, accepté certains termes apposés sur l'humain qui ont mis fin au débat humain. Leur modélisation est soluble dans la seule langue qui puisse la contenir : l'anglo-américain, la langue de la communication et non la langue de Shakespeare ; langue mécanique, instrumentale, matérialiste, dont la pensée économique (efficacité et profit) qui l'anime, abruse jusqu'à l'annulation la sensibilité des autres langues et des autres pensées. Le système DSM a créé de toutes pièces de nouveaux idiomes. Je n'ai rien contre les acronymes, les TOC (troubles obsessionnels compulsifs), les TED (troubles envahissants du développement), les TDHA (troubles de l'attention avec hyperactivité), les NSSI (*Non Suicidal Self Injury*), mais je préfère les mots plutôt que les sigles quand on les applique aux êtres humains. Si le langage précède parfois l'événement, il annonce alors l'horreur à venir. Hier, ils modélisaient, aujourd'hui, ils prédisent... bientôt, ils sélectionneront et trouveront un moyen de fixer tous les « déviants ». C'est que, l'histoire l'a déjà montré, les malades mentaux, à cause de leur vulnérabilité même qui les transforme parfois en « monstres » et parfois en « automates », décuplent la monstruosité morale et l'automatisme régulateur des gens « normaux ».

Face à cette manie classificatoire qui reprend et cette fois semble organiser la psyché de l'homme occidental, on peut avoir la nostalgie de l'art de nos maîtres s'exerçant sur la nature humaine. La nostalgie de leur sens clinique, nourri tant de l'expérience que de l'intuition laissée suffisamment libre, et celle de leur absence de parti pris idéologique. On pense tout particulièrement à Henri Ey qui dénonçait « la mythologie de la négation culturaliste ou politico-sociale de la maladie mentale ». Et même si l'on se défie des institutions et de leurs apparatchiks conservateurs de musée, force est de constater que seule la psychanalyse

marque, sans éluder une perspective génétique développementale, un intérêt pour l'histoire transgénérationnelle, socioculturelle et individuelle (pulsionnelle et affective) du sujet. Et que celle-ci, quand elle n'est pas rejetée au profit d'essais thérapeutiques, ouvre à une compréhension profonde du sujet et de son affection. Surtout si, engagé dans sa relation soignante, le psychiatre se donne le temps de la rencontre et du dialogue avant que de l'action, c'est-à-dire qu'il se dégage du fantasme médical d'un test clinique ou d'une imagerie qui déterminerait chez l'homme la propension à s'élever plutôt qu'à tomber, à s'adapter plutôt qu'à sombrer, le fantasme d'une hormone ou d'un neuromédiateur généré par un organisme malade qui expliquerait la régression de certains individus particuliers, tandis que d'autres indemnes poursuivraient leur ascension sur la courbe d'évolution propre à une espèce adaptée, forte ou survivante.

Au diable la réduction des existences à de simples accidents biologiques !

1.

Fil à plomb sur substance molle

« Il n'y a de science que du général, mais il n'y a de réel que du particulier. »

Aristote,
Seconds analytiques

Comment évaluer une pathologie du lien ?

Le système DSM a résolu *ex abrupto* la vieille querelle entre l'aristotélisme et le platonisme : existe-t-il des archétypes ou des individus ? La philosophie n'a pas sa place en médecine, pas même dans sa branche singulière qu'est la psychiatrie. Les temps sont à la rigueur scientifique basée sur les faits et à l'économisme à même de répondre rapidement aux nouvelles idéologies du bien-être et de la santé. Ainsi les diagnostics cliniques pour les générations actuelles et futures devront-ils obéir à la codification DSM qui est d'ores et déjà introjectée en tant que ligne directrice (plus besoin d'obéir ou de désobéir) puisque dispensée telle quelle dans des « *guide-lines* » à même de générer certains automatismes dans les études médicales. Corrigeant récemment l'examen national classant de médecine, j'ai pu constater que les cas cliniques de psychiatrie exigeaient pour réponse valide les critères DSM, d'autant plus « utiles » qu'ils permettent une correction plus facile. Cette « correction » plus facile des

épreuves des futurs médecins n'annonce-t-elle pas une « correction » plus facile des épreuves des malades ?

Il est utile de préciser que la majorité des candidats n'avaient visiblement pas compris ni l'organisation physiopathologique ni le sens psychopathologique de ces descriptions cliniques, qu'ils recrachaient aussi compactes et massives qu'elles leur avaient été délivrées au moment de leur absorption passive lors des conférences d'internat. Le patient était morcelé dans la tête du candidat... et bientôt, au bout de la énième copie, dans celle du correcteur qui ne cherchait plus à déceler les qualités du futur médecin. C'est ainsi que subrepticement, sans jamais annoncer la couleur, une idéologie est officialisée par l'université... Les patients qui se plaindraient d'être trop rapidement étiquetés n'ont qu'à écrire à l'Académie.

Et nul doute que le PMSI-RIMP (Programme de médicalisation des systèmes d'information pour une maîtrise médicalisée des dépenses de santé) sera connecté à cette classification, verrouillant définitivement un système en y adjoignant l'ingrédient financier.

Le DSM est, quoi qu'on en dise, détourné de sa fonction de classification nosologique et d'outil de recherche et de plus en plus utilisé pour poser des diagnostics¹⁰ et servir de guide pour l'enseignement et bientôt pour la tarification des actes. Qui ne vérifie pas aujourd'hui dans la vie quotidienne des entreprises que la loi économique prévaut toujours sur la justice sociale quand il advient d'avoir à trancher sur une question de productivité ? Il en sera de même dans la grande entreprise de santé à venir... La maladie dont le sujet souffre sera ainsi répertoriée et correspondra à telle tarification justiciable ou préjudiciable, comme on voudra donc, à tel traitement... à coup sûr le plus économique : médicaments et thérapies brèves. Le praticien, comme le patient qui voudra récuser tel traitement, sortira du cadre diagnostique et donc d'une possibilité de prise en charge.

On en vient alors à une première question centrale : la clinique du DSM est-elle la même que celle observée par le psychiatre ?

Tous les psychiatres vous diront non ! Même les plus psychiquement « bornés » par les cases de la classification : le réductionnisme crève les yeux...

Posons la question autrement : quels liens peuvent entretenir un objet scientifique « purifié » par abstraction, et un objet clinique vivant ? Question particulièrement pertinente dans l'appréhension d'un diagnostic de « maladie », ou de trouble de la personnalité. Pour cerner une problématique aussi subjective que celle qui infiltre toute pathologie psychiatrique, le recours tout autant à l'intuition qu'au raisonnement est indispensable. Ne serait-ce que parce qu'il apparaît clair que les constructions sociales, familiales, amoureuses, où la dépendance aliénante à une pensée ou à un comportement morbide peut se déployer, se fondent éminemment sur des dimensions subjectives. On le voit : la subjectivité est maîtresse dans ces espaces d'interactions bio-psycho-sociales, et nul ne peut en faire l'économie.

Prenons les exemples de deux « mesures d'économie » que le système DSM s'octroie.

On sait que bon nombre de pathologies psychiatriques avérées ont pour effet puis pour fonction de protéger le sujet de ses difficultés ou de son impossibilité à nouer des liens, à soi et aux autres, celles-ci ne pouvant se manifester, si le blocage psychique opéré par la pathologie est bien verrouillé, que lors de décompensations psychotiques, dépressives graves, ou psychosomatiques. Le DSM ramasse bien *après coup*, dans ses cases diagnostiques, les carreaux cassés par la dépression et la psychose, mais en faisant fi des défenses vitreuses opérées par le patient pendant un long temps avant la décompensation : toute la dimension majeure de dépendance archaïque, corporelle et somatique du sujet à ses objets est écartée, les îlots morcelés de cette

dimension éparpillés dans quasiment toutes les subdivisions diagnostiques.

On sait par ailleurs qu'à une autre extrémité de l'échelle psychopathologique, la pathologie de certaines personnalités « normopathes » (bien intégrées, mais conformistes, froides, lisses et sans créativité), personnalités sans consistance ni densité, qui subissent sans broncher mais sans aucun profit les rudes épreuves qu'elles ont à subir, disparaît dans la bonne observance des règles sociales. Ces patients-là ne coteront jamais à la nouvelle catégorie reine du DSM : les « troubles de l'adaptation ». L'hyperadaptation mimétique à laquelle ils consentent, jusqu'au conformisme, masque leur problématique foncière de dépendance, et leur permet de se contenir en se contraignant et en amputant une part essentielle de leur liberté. Si le sujet se montre moins conforme, s'il laisse sa liberté se déployer à la limite des règles sociales de vie en communauté, l'affolement du non-contrôle l'oblige à un retour sur des bases défensives encore plus solides. Cette existence, qui n'est pas une vie, sur une bande d'arrêt d'urgence, si elle perdure trop longtemps, est la base, nous le savons, de graves décompensations futures que l'on cotera sans faire référence à leur histoire naturelle.

Le concept même de dépendance, si important en pathologie mentale puisqu'il s'étend des troubles de l'« angoisse de séparation » aux troubles de l'« adaptation », en passant par l'ensemble des troubles anxieux et dépressifs, n'est ainsi plus étudié qu'en fonction d'inspirations biologiques et sociales, excluant les états de dépendance du moi décrits par la psychopathologie à partir d'observations des avatars rencontrés dans les processus de passage de la dépendance absolue du nourrisson à l'indépendance relative et l'autonomie à l'adolescence puis à l'âge adulte. Rien de moins que la trajectoire d'une vie que les sujets « sains » empruntent en acceptant une

pluridépendance relative qui n'altère pas leur sentiment d'autonomie psychique et donc de santé mentale, et à laquelle les « vrais » patients se dérobent, tandis que d'autres s'y engagent à reculons pour marcher sur leurs propres traces à la recherche des liens perdus à l'objet, et que d'autres encore s'y agrippent lors des crises existentielles. La complexité des théories psychopathologiques, et singulièrement de la psychanalyse, tient à ce qu'elles mettent au centre de leur évaluation les pathologies du lien interhumain, et cette ambition explique qu'elles puissent s'alourdir de certains égarements. La simplicité apparente des approches biologiques et cognitivo-comportementales du DSM est liée à l'évaluation privilégiée du quantitatif plutôt que du qualitatif, et à leur modestie de ne vouloir apaiser que les tensions issues d'enjeux fonctionnels. Posons que le public, patients et médecins, préférera toujours les solutions simples, surtout si la caution « scientifique » leur octroie un accent de sérieux, et qu'elles ne remettent pas trop en cause leurs constructions personnelles, longtemps ressassées jusqu'à un certain équilibre, de leur être au monde.

Quels liens entre les symptômes, les êtres et les temps ?

Il ne s'agit pas d'opposer différentes approches qui, loin d'être antinomiques, sont complémentaires. L'approche psychopathologique n'élude pas l'aspect quantitatif, mais elle observe qu'au-dessus d'un certain seuil critique, comme pour l'eau qui bout ou gèle à une certaine température, un affect de tendresse qui verse dans la destructivité, un sentiment d'amour qui se transforme en haine, un goût qui s'inverse en dégoût, le quantitatif devient du qualitatif et le qualitatif se renverse. Les psychanalystes, quand ils ne le font pas eux-mêmes, savent adresser leurs patients à des collègues pour tempérer par d'autres approches un

fantasme qui se débride par trop, un imaginaire qui s'obsessionnalise ou verse dans l'absurde, un symptôme somatique qui s'installe. Les psychiatres cognitivistes et prescripteurs savent de même qu'il ne suffit pas de restaurer un cadre et des limites lors de décompensations psychiques ou le retour d'une sensibilité exacerbée.

Nous en appelons donc à un premier diagnostic clinique ouvert dans une approche non fonctionnaliste, plutôt qu'à un enfermement catégoriel : toute évaluation devrait ainsi reposer non seulement sur l'étude des symptômes extériorisés mais aussi sur l'appréciation des caractéristiques de la personnalité, y compris dans ses témoignages symptomatiques de possibilités de maintien de la cohésion du moi. Cette évaluation double donnant une idée des potentialités de mobilité psychique du sujet dans un contexte socioculturel donné. Tous les profils de personnalité peuvent être ainsi concernés, tant ceux névrotiques et psychotiques qui contiennent, à un prix symptomatique et social élevé, une souffrance psychique, que ceux limites et dépressifs qui ne la contiennent que très imparfaitement, provoquant crises et ruptures. Une fois le regroupement de ces différents paramètres issus de l'observation directe effectués, une démarche interprétative de leur combinatoire se révèle indispensable pour cerner un cadre diagnostique.

La description, comme il est recommandé dans le DSM, des symptômes facilement identifiables privilégie les symptômes comportementaux « lourds », plus facilement « justiciables » des approches médicamenteuses et comportementales. La prise en compte de tous les troubles s'inscrivant dans une autre dimension que comportementale invite le clinicien à faire l'hypothèse d'un lien pathogénique. Ce n'est que fort de ces deux évaluations que le clinicien peut apprécier les différents mécanismes de fonctionnement psychologique en jeu (étudier « la grammaire des raisons et non celle des

causes¹¹ ») et partant, réfléchir au poids du symptôme clinique extériorisé dans l'économie psychique du patient : le soulagement psychique et la jouissance souterraine opérés par le symptôme (sa fonction autothérapeutique) ; le poids des bénéfices relationnels secondaires qu'il procure sans compter les bénéfices primaires (renvoyant à son histoire infantile) ; sa capacité d'auto-entretien et d'auto-renforcement ; sa potentialité à réorganiser d'une manière particulière la relation aux autres qui peut moduler sensiblement et durablement le fonctionnement psychique du sujet jusqu'à forger son caractère et sa personnalité.

Ces différentes dimensions et leurs poids effectifs dépendent tout autant de contraintes biologiques et des effets d'éléments pathogènes extérieurs (ce que le DSM privilégie) que de facteurs intimes plus obscurs que le patient, sur la défensive, dérobe à l'attention du clinicien (ce que le DSM renonce à explorer).

Sans compter que le symptôme, tel qu'en lui-même il se présente, est un « récit » de ses origines historiques, de sa prise en charge psychique et corporelle par le sujet en amont, c'est-à-dire de son inscription physique ou psychique *ici et maintenant* et de sa fonction néo-organisationnelle en aval - visant à gérer au mieux (psychosomatiquement parlant) les relations que le sujet va devoir entretenir avec son environnement. C'est ainsi que le symptôme, contrairement à ce qu'il donne à voir, n'est pas uniquement une voie de décharge ou un poids à lester pour le sujet mais aussi un nouveau mode d'action dans sa relation au monde : la meilleure preuve en est la vision des effets sur son entourage proche. Cette action, loin d'être toujours proactive, est souvent une violence passive... le signe d'un désir ou d'un acte en quête de représentation et qui avorte en fin de course. Il n'a pas de valeur propre, s'il est isolé de l'organisation du sujet à un moment singulier.

En d'autres termes, la vie d'un patient (l'histoire qu'il a et celle qu'il se raconte) est toujours plus intéressante que ses symptômes et réduire un patient à ses symptômes, c'est le délier de son histoire... et le début d'une désobjectalisation et d'une chosification de sa personne propre. Et, faut-il encore le rappeler ?, les patients vivent toujours comme une humiliation de n'être réduits qu'à leur maladie ou à leur traumatisme. L'approche symptomatique établit ses conclusions sur des photos, une cartographie aérienne du terrain, alors que leur vie, souvent marquée par des discontinuités d'être du fait d'agressions biologiques et/ou environnementales, est un film qu'il faut pouvoir re-« monter » en faisant ensemble des liens entre les différentes séquences décousues ou morcelées.

De fait, il n'y a pas de pathologie mentale qui ne traduise dans ses symptômes l'attachement plus ou moins morbide du sujet à son histoire infantile. Le symptôme permet *peu ou prou* de maintenir un étrange lien à soi enfant, cordon ombilical caricatural, parfois, tant les bénéfiques primaires ou secondaires qu'en retire le sujet lui permettent de satisfactions régressives. Cordon sanitaire de mise à distance des possibles résurgences archaïques, dans les états de détresse marqués par la menace du retour d'un effondrement ancien. Et le plus souvent un mixte des deux. Mais, dans tous les cas, plus le symptôme est dense et intense, et plus il témoigne d'un contre-investissement agressif important d'un passé qui ne passe pas. Et plus l'éradiquer sans élaboration préalable est dangereux. Tel sujet maniaco-dépressif s'enfermera dans une dépression mélancolique, comme à la perte d'un être cher, à la suite d'un ébranlement purement biologique, pour entrer en résonance avec ce qui aura été ressenti lors d'un deuil ancien : une véritable perte de soi. Telle patiente anorexique incarnera dans son symptôme alimentaire, à l'adresse de sa propre mère, le corps dénutri de sa grand-mère

maternelle... seul symptôme à même de mobiliser sa mère endeuillée.

Le clinicien psychopathologue, l'analyste, en s'engageant dans leur interprétation, visent à transformer un symptôme « fermé » (une histoire verrouillée), qui risque de s'autorenforcer et de se dégrader, en un symptôme relationnel : une autre histoire ouvrant de façon tolérable un ancien système fermé. C'est dans ce déplacement des investissements que tout se joue. Si l'analyste reste généralement silencieux, c'est parce que ainsi il permet au patient d'entendre ce qu'il se dit et de voir ce qu'il se représente, et d'y discerner ce qui est de l'ordre de ses propres projections et de son étrange manière de faire des liens.

Les psychiatres d'enfants et d'adolescents, peut-être plus que leurs collègues d'adultes, observent quotidiennement que certains ensembles symptomatiques apparemment intangibles ne sont en fait que des moments différents et successifs d'une évolution dynamique, et surtout qu'ils sont très dépendants de l'étayage exercé, consenti ou véritablement assenti, par l'environnement familial et médical. Le symptôme n'est jamais produit uniquement par le sujet, mais toujours peu ou prou dans son lien avec son entourage proche (avec sa famille, ses amis, ses pairs) et soignant (médecin, infirmier référent, assistante sociale) dans une institution. Enfin, il témoigne bien souvent plus de ce qui ne peut être exprimé par le patient que ce qui est pensé, dit ou même montré.

La majorité des cas observés quotidiennement ne témoignent pas de processus structurés dès l'enfance : ce sont des tableaux cliniques plutôt que des natures mortes. Aucun malade ne se circonscrit à sa maladie comme aucun être sain ne parvient à se réaliser totalement dans sa vie. Le temps d'une vie ne suffit pas à « liquider » une problématique existentielle, que ce soit dans la destructivité ou la créativité. Cette uniformisation des maladies

mentales, qui dénie de fait toute dynamique évolutive dans les processus morbides, aboutit à ignorer la souffrance du patient et ses capacités à se défaire ou à se refaire pour se parfaire. Dans la majorité des cas, un travail psychique reste possible, permettant certains déplacements vers des lignes nouvelles de fonctionnement. Il n'y a pas de partie définitivement saine ou malade dans l'appareil psychique, mais une économie et une dynamique psychique altérées : le sujet n'est pas totalement malade ou totalement sain, il est suffisamment bien-portant ou suffisamment malade, ce qui le fait marcher suffisamment droit ou un peu de travers et boiter.

Il y a donc deux risques majeurs, nous semble-t-il, que fait courir au clinicien le positionnement symptomatologique réducteur adopté par le DSM. D'une part, le risque de se tromper face à une clinique floue où factuellement la symptomatologie est peu différenciée, surtout si la recherche est directive, et surtout si elle se porte sur des populations de sujets en devenir tels les enfants et les adolescents. Le sujet ne peut se réduire à une formule symptomatique intangible et il n'a véritablement pas grand-chose de définitif. Son histoire n'est ni linéaire ni continue, ni irréversible : elle progresse, régresse, s'égaré, se reprend... et, qui plus est, l'alliance de l'imaginaire et du réel y engendre beaucoup de symptômes comme autant de « faux-semblants » et de « trompe-l'œil », artefacts et défenses qu'il ne faudrait surtout pas prendre au pied de la lettre, au risque de méconnaître l'« art d'être malade » du sujet. C'est pourquoi, face à tant d'incertitudes, la psychopathologie c'est le doute, et un doute ça n'affirme rien... ça questionne et ça ne se précipite pas pour répondre. Qui ne connaît dans sa pratique clinique des patients à qui on a affirmé un diagnostic de psychose ou de troubles de l'humeur sévères, sans argumentation valable et sans précaution, et que la certitude affichée de celui qui l'a énoncé a contribué à rendre plus « fous » ? Dire que le

patient est un sujet historique, c'est l'inscrire dans le temps et la continuité, c'est envisager que ce qu'il présente aujourd'hui dépend tout autant de ce qu'il a vécu que de ce à quoi il aspire. Chaque épisode correspond à une réécriture de son histoire, dont il faut tenir compte pour une vision en perspective, qui ne doit pas céder le pas à la spectacularité des symptômes aigus.

D'autre part, le risque d'une telle approche est de figer des symptômes ou des comportements qui ne peuvent que se trouver renforcés par des attitudes opératoires : par cette attitude classificatoire puis correctrice, leur sens risque de se perdre définitivement, puisque à aucun moment il n'est pris en compte. Et l'on sait l'aptitude à la complaisance des patients à ce qu'on leur propose de penser... pourvu que l'on s'occupe d'eux. Nous sommes conscients que laisser trop de temps un sujet en proie à une symptomatologie plus dévastatrice que source d'élaboration a des risques, mais, pour autant, il est parfois urgent de ne pas se presser. De fait, la fascination exercée par le comportement ou le symptôme est à l'origine d'une négligence de domaines d'investissement fondamentaux à considérer pour l'établissement d'un pronostic, en particulier chez les personnalités régressées chez qui la dépendance n'est ni univoque ni figée, même si les capacités d'autorenforcement ont pu conduire à une fixation structurelle. Freud a, rappelons-le, toujours postulé la permanence d'une portion de moi intacte au cœur des pires états pathologiques. La maladie n'est qu'un élément constitutif du sujet, important certes à un moment de sa vie, mais qui ne le définit pas entièrement. Le clinicien a tendance à rapporter chaque nouvel événement à sa pathologie, au point que certains patients ont parfois la force rageuse de vous demander de cesser de ne les voir que dans le prisme de leur « affection ». Et c'est vrai que rien n'empêche de reconnaître chez un patient maniacodépressif un affect dépressif lié à une déception

sentimentale sans le relier à sa vulnérabilité biologique, ou chez une patiente hystérique l'émoi suscité par une nouvelle rencontre amoureuse sans le qualifier de morbide. Les capacités altérées n'en restent pas moins disponibles. Ne pas explorer ces parties préservées, c'est enfermer le patient dans une logique morbide et entraver ses potentialités de reconstruction.

Les cliniciens qui acceptent de revivre dans le transfert porté sur eux les conflits du patient vérifient quotidiennement que le symptôme n'est pas que compromis entre pulsions animales primitives plus ou moins génétiquement déterminées et défenses civilisatrices plus ou moins bien introjectées : c'est pourtant cette option-là qui sous-tend, nous semble-t-il, dangereusement la construction de l'outil classificatoire, comme la marque d'un choix moral de ce que l'homme doit abandonner de son animalité pour devenir humain - au risque de l'inhumanité par la voie de la robotisation. Le symptôme n'est pas que signe d'une vulnérabilité interne mais marque de ce qui ne peut pas être exprimé, de ce qui ne peut se dire qu'en creux : il renseigne plus sur ce qui a fait défaut, s'est absenté ou a manqué. C'est pourquoi le symptôme n'est pas l'explication d'une tare, mais une « monstration¹² », il est un témoignage plus souvent qu'un discours, il n'est pas une preuve mais un signe.

L'horreur du fluant

Il apparaît par ailleurs évident que le mode d'approche de l'investigateur (enfermé dans des codifications et une logique de structure et de causalité, ou bien ouvert à une polysémie des symptômes renvoyant à des structurations en devenir), son optimisme (son illusion mobilisatrice), son engagement (son implication personnelle) ne sont pas sans influencer grandement l'évaluation diagnostique et pronostique. S'il n'est qu'intelligence et volonté, sans

mémoire et sans affect, s'il dépense beaucoup d'énergie pour résorber les inévitables interférences émotionnelles, si sa frénésie du court terme l'emporte sur l'attention à la durée, il a peu de chance de pouvoir s'identifier un tant soit peu à son patient. Est-ce qu'il sera pour autant protégé d'un jugement « moral » sur lui ? On peut en douter si l'on conçoit l'existence des sécrétions de « moralines » internes à l'origine de bien des phobies de contact de certains praticiens...

L'investigateur devrait pouvoir être « suffisamment intelligent », aurait pu dire Donald Winnicott, lui qui avait l'intelligence en horreur, parce que, comme le soulignait Henri Bergson, « l'intelligence a horreur du fluant, elle solidifie tout ce qu'elle touche¹³ ».

La connaissance scientifique, si elle approche sans cesse (asymptotiquement) la vérité de ce qu'elle entreprend d'observer, ne la touche jamais... et si dans sa nécessité de circonscrire jusqu'à fixer son objet d'étude elle l'immobilise, elle tue alors son objet d'investigation et le perd. Les chercheurs en psychiatrie parviendront-ils à reconnaître l'impossibilité méthodologique d'établir « scientifiquement » un lien causal entre deux symptômes (et ce quelle que soit l'approche neurobiologique, sociologique ou psychanalytique) ? Pas de lien causal, mais une causalité qui ne soit qu'une hypothèse fragile, qu'un pari proposé par l'investigateur engagé dans sa propre responsabilité vis-à-vis de son objet d'étude, une question ouverte parce que vivante.

La science, quand elle se garde trop de l'analogie (ayant à juste titre peur que celle-ci ne soit analogique jusqu'à générer des tautologies ou des concepts qui ne tiennent que par la séduction de jeux langagiers d'accordages de signifiants), se coupe trop radicalement du sixième sens, l'intuition en sa subjectivité même, si indispensable pour appréhender son objet. Sacha Nacht¹⁴ a déjà souligné le

pouvoir de l'intuition, cette faculté nourrie du contact profond avec ses patients de pouvoir vivre « de l'intérieur » la vie du patient dans son milieu telle qu'elle s'exerce sur lui et telle qu'il la subit.

Freud, qui n'avait pas peur de l'analogie, considérait que l'hystérie était d'une certaine manière une « œuvre d'art déformée », la névrose obsessionnelle une « religion déformée », la paranoïa une « philosophie déformée ». Les nouveaux philosophes logiciens affirment que toute sa théorisation est le fruit de ses projections plus ou moins perverses. Est-ce que l'on peut se dégager suffisamment de sa mythologie personnelle (« la métapsychologie, la théorie des pulsions, c'est notre mythologie personnelle¹⁵ ») pour qu'elle ne nous serve pas de manière univoque de système interprétatif et surtout d'éthique ? Chacun d'entre nous a à le vérifier dans ses liens soignants. Mais dénier que sa trouvaille, fruit de son imagination fertile, n'accède pas à l'universelle humanité, est une autre question. Sa proximité (et sa générosité) avec la folie de ces patients lui a en tout cas fait considérer que les symptômes qu'ils présentaient étaient partageables, et sa « folie imaginative » lui a fait poser (dans une première approximation et un premier temps qu'il savait pouvoir être mis en défaut ou en échec) que ces symptômes n'étaient pas seulement des signes de détresse, mais des signaux, qu'ils n'étaient pas uniquement témoins d'un effondrement sans passé, mais métaphoriques d'un combat signifiant. Et ce qui vaut pour Freud vaut après tout pour le système DSM : est-ce qu'il parviendra à échapper à une nouvelle et énième obsession à distinguer le normal et le pathologique, le mal et l'innocence, le religieux et le paganisme ?

Les psychanalystes croient à l'inconscient et aux fantasmes et se laissent volontiers et nécessairement contaminer par la « folie » de leurs patients. Dans l'analyse, une hypothèse fantasmatique (ça n'est qu'une hypothèse)

n'a pas besoin de preuve, elle se soutient dans le transfert qui ne se déploie qu'à la faveur de l'intuition puis de l'identification permise par l'analyste. L'avantage, c'est la proximité avec la réalité du singulier ; le risque, c'est la confusion.

La science ne s'occupe que du général : elle s'appuie sur des bases et des repères mathématiques et algébriques qui ne sont pas la vérité propre à chacun. L'avantage, c'est la distance évitant le délire interprétatif. Mais l'inconvénient, c'est, de la phobie à la paranoïa, la croyance toute religieuse en une vérité hégémonique. Vérité absolue qui, sous la lumière « grillagée » des miradors scientifiques, a déjà aveuglé l'homme et les hommes, oubliant que la lumière sans ombre n'existe pas.

2. De l'a-théorie à l'a-pensée

A privatif : qu'y a-t-il derrière la théorie de l'absence de théorie ?

Le DSM se veut a-théorique, pour mieux masquer qu'il tend maladivement à être anhistorique... pour lui comme pour les patients qu'il épingle. Que peut être une pseudomodernité sans anamnèse sinon une fuite en avant ? Dans ce système, le passé n'existe pas en tant que possible lieu de mémoire dynamique d'invention. Seul compte, là-bas, au loin, le point fixe, l'adaptation.

L'affirmation par ses auteurs du caractère « a-théorique » du DSM est sujette à caution, ne serait-ce que parce qu'il apparaît très difficile de concevoir que ces auteurs ne soient pas comme tous les êtres humains des êtres sociaux-théorisants : c'est-à-dire que, comme tout un chacun, tout seuls ils n'existent pas, ils ont baigné et baignent dans un milieu culturel, religieux, idéologique, mythologique obéissant à certains codes, et leur perception puis leur représentation du réel sont bien évidemment des interprétations, et des traductions de ce réel dépendantes de l'impact de facteurs environnementaux sur leur investissement pulsionnel et de leur port de lunettes plus ou moins « morales ». En tout cas, il faut l'espérer pour ne pas craindre que des hommes-robots définissent désormais la politique de santé mentale dans le monde.

À ce titre, il faut ici mettre en exergue ce qui mériterait le développement de tout un chapitre, si ce n'est d'un livre ; le fait que dans certains domaines de relation au monde, au corps, au désir, à la sexualité..., les cultures anglo-saxonnes et latines semblent aux antipodes l'une de l'autre. Roger Misès et Philippe Jeammet soulignaient que la classification américaine « exprime à l'évidence l'influence de courants dominants tels que ceux véhiculés par les thèses biologiques cognitives et comportementalistes¹⁶ ». Or mettre en parallèle puis accorder trop rapidement appareil neuronique, comportements et symptômes, en éludant la possibilité d'un appareil psychique, est une théorie. Un auteur américain, Mitchell Wilson, dans un remarquable travail de recherche historique sur la conceptualisation du DSM¹⁷, révèle l'écrasante influence de ce modèle et la non moins inquiétante défaillance des théoriciens de l'approche psychodynamique à faire prévaloir leur position et à l'argumenter.

Aujourd'hui, l'épidémiologie génétique a démontré que certaines affections psychiatriques (troubles bipolaires, schizophrénies, addictions) ont incontestablement des dimensions, partiellement et seulement partiellement, héritables. Plusieurs gènes sont, et ce de manière relative, impliqués, interagissant entre eux et avec l'environnement le plus précoce (période prénatale, défaillance d'étayage affective de la fonction parentale...), et leur expression varie avec le développement du sujet. Qui plus est, les travaux d'Eric Kandel¹⁸ (par ailleurs adepte d'une convergence entre les neurosciences et la psychanalyse) sur la capacité des neurones à continuer à se développer tout au long de la vie établissent deux constats. Le premier inquiétant : un traumatisme émotionnel précoce peut générer des dégâts développementaux qui ne sont pas purement fonctionnels mais renvoient à des dégâts neuronaux - voilà que les traces psychiques de Freud trouvent leur pendant dans des

traces synaptiques, ce qu'avait d'ailleurs pressenti celui qui voulait pénétrer l'esprit de ses patients sans jamais négliger le corps et la biologie. Le second vivifiant : la régénérescence neuronale va dépendre des facteurs environnementaux, y compris émotionnels.

L'impact des facteurs environnementaux, variable selon le statut biologique du sujet et la phase du développement sur laquelle ils interagissent, est le vaste chantier de recherche des années à venir. On aura donc besoin de toutes les approches si l'on ne veut pas en rester à labyrinthiser, chacun à sa manière, l'au-delà des symptômes... l'écume des êtres et des choses.

Mais revenons à notre prise de position polémique visant spécifiquement la science économique et morale qu'est à nos yeux le système DSM parce qu'il suréclaire les symptômes pour être efficace et finit par être déterministe - pour ce qui est de la critique de la psychanalyse, ce ne sont pas les livres qui manquent...

On aurait tort de penser que les scientifiques sont tous des êtres nativement ou secondairement « bornés ». On peut raisonnablement accorder à certains d'entre eux, peu nombreux mais très actifs, une pensée... celle du cynique qui sait et ne sait pas, et qui décide de cliver : dur, froid, quasi indifférent dans ses recherches et très chaleureux dans sa famille. Ceux-là adhèrent sans état d'âme au modèle DSM, modèle idéologique et politique qui prône le pragmatisme et l'adaptation, face au « réel » de la maladie mentale. Ils véhiculent une représentation biologisante de l'homme, rassurante en ce qu'elle laisse augurer que la folie et le mal ne sont pas notre fait, et proposent ni plus ni moins qu'un traitement social, et rapidement moral, des troubles de l'adaptation. Remarquons avec Roger Misès qu'en pratique pédopsychiatrique, cette approche favorise « le déni porté par les parents sur leur propre souffrance et sur la signification des troubles de l'enfant », ce qui peut entraîner des retards, souvent considérables, dans la mise

en œuvre de mesures nécessaires. Cette « déculpabilisation » par une approche scientifique, qui s'oppose à la critique justifiée mais démesurée de la « culpabilisation » psychanalytique, impose une lutte « pied à pied », avec les risques de banalisation des troubles par certains parents, entraînant une « résistance aux essais de reconstruction, qu'ils concernent leur propre histoire ou celle de l'enfant¹⁹ ». La fameuse « alliance thérapeutique », appelée de tous leurs vœux par les psychiatres, n'advient pas naturellement sous les auspices d'une grâce que la maladie instaurerait, elle ne se construit qu'au-delà des dénis et des contre-attitudes que la détresse impose.

L'idéologie pragmatique du système DSM trahit un mouvement d'effroi puis de haine contre la pensée sensible. On voit éclore après une longue germination, dans les textes scientifiques, des mots durs, froids, lisses, dans leur souci d'objectivation. On n'accorde même plus au sujet une conscience réflexive – toujours ce souci de l'économie et de l'efficacité... À mille lieues de penser l'esprit, le fonctionnement et le travail psychique interne : « Notre œil, comme notre cœur, a ses haines et ses tendresses dont souvent il ne nous fait point part, qu'il impose secrètement, furtivement à notre humeur [...]. Quête de l'insatisfaction et du désespoir, quête de l'obsession²⁰... »

Pour bon nombre de patients qui ne vivent que de souvenirs blancs et noirs qui inévitablement les renvoient à leur passé, c'est plus le réel que le fait psychique du trauma qui est une illusion. La pensée ne peut aspirer à accéder à la « vérité » (une vérité authentique), si elle ne prend pas en compte sa dimension première de fiction générée par l'affect puis le désir. La pensée n'est pas cognition pure, logarithme informatique..., elle est percept subjectif, c'est-à-dire travail circulaire du monde interne vers le monde externe avant que d'être concept. Certains ne veulent commencer à penser qu'à ce niveau, celui du concept,

jamais en deçà (métaphores, représentations, fantaisies, rêves). Ils ne se méfient pas assez de leur intelligence. Humains, nous sommes trop humains, et non dieux : autrement dit, nous n'avons pas de connexion neurologique directe au réel... La perception biologique du réel est tout de suite mise en forme et en norme par l'appareil psychique, parce que le réel est un défi pour la pensée... et que le sujet tente tout à la fois de se l'approprier et de le liquider. La vérité historique importe moins au sujet que sa propre vérité narrative. L'homme ment inconsciemment et sciemment et se raconte des histoires, et, même quand il est fou, il rit de sa folie contrairement à l'animal qui manque singulièrement d'ironie. L'homme invente sans cesse, et surtout dans les moments de déséquilibre, le roman de sa vie. Il ne faut pas le prendre autant au sérieux, surtout quand il est malade. Même dans les pires états de détresse, il reste pour une part le spectateur de sa folie, de ce que son environnement tente d'en penser et de la manière qu'il a de le traiter.

La cognition est un traitement logique et tiède de la pensée - les images à l'IRM montrent le fonctionnement du cerveau mais non la pensée... André Green²¹ a souligné à plusieurs reprises l'importance d'une biologie qui ne se limite pas à sa dimension expérimentale, mais qui puisse inclure toute une série de domaines et de branches tout aussi essentiels. Il a même proposé la notion de métabiologie, qui serait d'une certaine façon le pendant de la métapsychologie et nous permettrait d'établir des dialogues féconds et de stimuler notre réflexion. Elle pourrait parallèlement nous protéger du risque permanent d'une dérive dans le psychologisme, tant dans la psychanalyse l'exclusion d'une dimension biologique apparaît de même de l'ordre du non-sens.

Psy-machine

Le système DSM, qui ne veut établir une relation avec les malades que dans une perspective d'efficacité ici et maintenant... et de possibilité de remboursement par les mutuelles, aime les cas bien nets sur lesquels on peut trancher en toute « assurance ». Il est d'ailleurs très proche, dans sa conception, des contrats que proposent les compagnies d'assurances. Il assure, rassure, mais ne s'assure lui-même que d'une assurance scientifique mathématique, synonyme de conscience morale. Il lui faut trouver à tout prix une base matérielle biologique à la question, si vaste et si complexe, de la responsabilité dans la folie. L'investigateur n'est plus médecin (au sens clinicien du terme), il est juge et son nouveau dogme est le DSM. Fini la réflexion basée sur l'expérience... voici venu le temps de la mécanicisation.

Ainsi le DSM, avatar du taylorisme et du fordisme, arrive-t-il à transformer les pys en machines à classer, travaillant à la chaîne, étiquetant les cas sans penser que chacun est singulier et que sa « folie privée » même le rend hors-série. Et comme si cela ne suffisait pas, ils seront bientôt obligés, de par les formalités administratives du PMSI-RIMP qu'on leur impose, à les reclasser dans des sections financières... Si après tout cela le malade s'en sort, ce sera miraculeux... l'homme sera schématisé, caricaturé, désincarné, escamoté... à peine esquissé. Cela ressemblera à ce que faisait le *Reader's Digest* (et que reprennent aujourd'hui certains sites internet médicaux tant prisés par des patients) à certains romans qu'il n'hésitait pas à charcuter pour les rendre plus « accessibles » à un lecteur trop pressé. Fini le contexte historique et les détails qui concourent à la destinée du héros dans l'intrigue, au diable les digressions. La vie n'est-elle pas linéaire ? Allons au plus vite à l'essentiel : les faits et le dénouement.

Accessoirement, cette façon de procéder permet d'éviter toute rencontre avec l'autre en sa radicale altérité avec soi et ses options théoriques. Plus profondément, ce mythe d'une science « pure » qui instituerait un sujet « pur » nous paraît surtout une régression dangereuse vers l'hygiénisme du XIX^e siècle. L'un des apports freudiens essentiels, à savoir que l'enfant est un « pervers polymorphe » dont l'innocence permet fantasmatiquement tous les crimes, et qui se civilise en s'élevant, est rejeté. On en revient à une croyance toute religieuse d'une innocence enfantine pour certains et d'une déviance native à même de se révéler plus tard pour d'autres. Terreau d'un « racisme » social justifiant un capitalisme aussi pragmatique que sauvage. Un jour viendra sûrement où l'on étudiera l'édification des DSM comme modèle historique de reproduction des croyances dominantes d'une époque. Est-il trop tôt pour tenter de savoir de quoi le DSM est le symptôme dans une société qui offre de moins en moins de consensus dans un pacte social ? Le DSM sera peut-être alors considéré pour ce qu'il est : un dictionnaire pour psychiatres commis voyageurs, édicté par quelques évangélistes, un guide bleu religieux pour les égarés avides de normalité, dressant une typologie de paysages mentaux aussi faux que les bords de mer sur les cartes postales, installant une évaluation de la psyché éludant la fiction, l'inconscient et le fantasme, la pulsion et le sexuel, une façon adulte policée et moins enfantine/monstrueuse que celle de la psychanalyse de se raconter des histoires.

Quoi que nous disent les tenants du DSM - que c'est un *work in progress* qui bénéficie de retouches en fonction des données nouvelles -, le système de recueil des informations nous semble plus spiralaire que circulaire... puisqu'il ne prend en compte que les informations distillées par les collègues d'une même paroisse. Aussi la conversion dans une réduction équationnelle du monde est-elle en marche et

bientôt l'impuissance à imaginer *l'autre* dans son altérité autrement qu'en la faisant entrer avec lui dans une classification (plutôt qu'*en soi*) sera totale.

On frémit d'ores et déjà pour ceux qu'on n'aura réussi à inclure dans aucune des catégories existantes. Et pour les autres, bien loin d'être à l'abri dans leur alcôve, ils devront craindre dans leur nouveau monde sous contrôle que tout « tremblé », toute palpitation ne renvoie à une explication logique et à un calcul, les obligeant à refréner leur spontanéité par crainte d'accidents.

On ne peut être qu'effaré face à une pensée scientifique qui laisse, indifférente et passive, se transformer son pouvoir de conception et d'élaboration en objets statistiques et accepte d'évoluer vers une pure et simple approche épidémiologique de la souffrance psychique. La pauvreté de la discussion dans bon nombre d'articles scientifiques laisse pantois. Toute intellectualisation y est vécue comme a-scientifique pour ne pas dire charlatanesque.

De la même manière, on ne peut être qu'étonné face à certains développements brillants de psychanalystes qui, à force de penser et d'élaborer en rond, carré, ou losange, mais toujours en se référant à la sacro-sainte bible métapsychologique, laissent s'installer, dans une logique passionnelle qui se nourrit de ses propres mensonges, une telle disproportion entre l'état de nos connaissances intuitives et celui agrandi des découvertes de certaines conditions immuables de la vie humaine. Certains ne sont-ils pas tout autant anhistoriques quand ils se sentent obligés d'en référer constamment au talmud freudien ou au catéchisme lacanien ? Peuvent-ils, si l'on prend l'exemple de leur terrain de pensée d'élection, comprendre quelque chose à la sexualité des adolescents d'aujourd'hui en ne se référant qu'à une vieille bible qui tentait de décortiquer la sexualité honteuse de la Vienne fin de siècle ? Quel entendement par exemple pour la sexualité débridée des

années 1960-1970, la sexualité post-sida et la sexualité
addictive actuelle ?

3.

Que faire de la subjectivité ?

« Le personnage regardait et écoutait, mais à une certaine profondeur seulement, de sorte que l'observation n'en profitait pas. Comme un géomètre qui, dépouillant les choses de leurs qualités sensibles, ne voit que leur substratum linéaire, ce que racontaient les gens lui échappait, car ce qui l'intéressait, c'était non ce qu'ils voulaient dire, mais la manière dont ils le disaient en tant qu'elle était révélatrice de leur caractère ou de leurs ridicules... »

Marcel Proust,
Le Temps retrouvé

Fiabilité interjuge

Les problèmes liés à la quantification et à la mise en opérations du subjectif individuel et de l'intersubjectivité ne sont pas liés à une différence de nature entre le subjectif et l'objectif, puisqu'il est facile de démontrer que l'« objectif » repose en fait sur des consensus d'observateurs et sur des théories devant être soumises à vérification. L'œil de l'homme n'est pas une banale caméra : les perceptions doivent être pulsionnellement et affectivement significatives pour le sujet pour devenir représentations - autrement dit, on voit la vie en rose ou on noircit le tableau selon qu'on regarde tout (en arrière) depuis un paradis, fût-il perdu, ou depuis un chagrin très grand, fût-il imaginaire. Il y a surtout

qu'on peut regarder en direction de l'horizon (vers l'avenir) malgré les nuages ou la brume (du passé) ou qu'on ne peut regarder qu'en dedans. Bref, nos perceptions divergent selon qu'il y a un lien (que nous établissons) entre la réalité externe et notre réalité interne (inconsciente).

L'objectif à atteindre pourrait être l'appréhension d'un *subjectif collectif*, c'est-à-dire partagé et acceptable dans une socioculture donnée... même les psys les plus libertaires seraient d'accord. Le problème de l'intégration de cette dimension a été traité de façon tout à fait triviale, pour ce qui concerne l'édification du DSM : certains « observateurs subjectivistes », les psychanalystes, n'ont pas été conviés ou se sont abstenus, laissant de fait une approche bio-comportementale réaliste s'installer en maître.

En dehors de cette importante limite, la principale critique est le choix des variables recueillies. Celles-ci doivent obéir au critère de fiabilité et notamment de fidélité interjuge. Un tel choix présente cependant l'inconvénient d'hypertrophier le recueil autrement plus facile des données comportementales aux dépens de celui des données plus subjectives qui sont toujours étroitement dépendantes du lien entre l'investigateur et l'investigué. L'exclusion par autoritarisme de certaines données se révèle alors, qu'on le veuille ou non, un choix théorique.

Cette absence de prise en compte de la subjectivité, et notamment de ce que l'on nomme aujourd'hui l'intersubjectivité, a conduit à isoler des entités cliniques fondées sur une fiabilité du diagnostic élevée mais au détriment de sa validité. Cette approche a permis de comprendre par exemple, en matière de psychose, le succès et l'influence des critères de premier rang de Kurt Schneider fondés sur des symptômes facilement reconnaissables, comme les hallucinations et l'automatisme mental, au détriment des symptômes fondamentaux d'Eugène Bleuler plus valides mais difficiles à opérationnaliser, comme la dissociation ou l'autisme. Ce n'est pas sans conséquence

puisque par exemple l'efficacité d'un traitement dans les troubles psychotiques va dépendre du fait que le patient « remplit » encore ou « ne remplit plus » les critères diagnostiques, et qu'il est plus facile au traitement neuroleptique d'abraser les symptômes productifs dits positifs que les symptômes de désorganisation régressive dits négatifs. Là encore on tourne en rond. Et on tourne de plus en plus en rond avec l'avènement de troubles à symptômes peu marqués de l'enfance, à la validité douteuse, mais cependant « fiablement » prédictifs (au sens statistique) de schizophrénie et justiciables pour certains d'un traitement préventif précoce. Au risque de traiter et de stigmatiser bon nombre d'enfants qui n'évolueront pas vers la schizophrénie. Ce fut la critique principale adressée à McGorry, le premier initiateur de l'évaluation et du traitement de *soft-signs* dans la schizophrénie²².

Les prodromes de la schizophrénie détaillés par McGorry²³ comportaient une multitude de symptômes atypiques parmi lesquels les signes négatifs étaient les plus habituels : réduction de l'attention et des capacités de concentration, baisse des désirs et des motivations, anhédonie, retrait social, mais aussi anxiété, irritabilité, syndrome dépressif, culpabilité, idées suicidaires, modification de l'appétit, troubles du sommeil, etc. Ce sont des signes qui se rencontrent fréquemment à l'adolescence - au point que certains, qui avaient été retenus dans le DSM III-R, ont disparu du DSM IV du fait même de leur manque de spécificité. McGorry s'appuyait sur une étude de Falloon (1992) utilisant ces critères pour traiter ces sujets comme des schizophrènes potentiels, tout en précisant que Falloon lui-même admettait que des individus avaient pu être traités sans nécessité ! Dans sa propre étude, il optait d'ailleurs, devant le nombre élevé de « faux positifs », pour « *a more conservative approach and generally withheld neuroleptics* ».

Réserves qui n'ont pas empêché les laboratoires pharmaceutiques de s'engouffrer dans l'exploration de ce nouveau filon...

Il n'existe pas actuellement de signes précurseurs de la schizophrénie suffisamment fiables pour justifier à eux seuls ce diagnostic et le traitement en particulier neuroleptique qui pourrait en résulter... La prescription²⁴ des antipsychotiques utilisée dans la population pédiatrique aux États-Unis (0 à 17 ans) n'en a pas moins augmenté de 22 % durant les cinq dernières années.

On doit certes se poser la question du diagnostic de schizophrénie devant les troubles psychiques de type psychotique bruyants et/ou durables ainsi que devant des comportements bizarres et/ou impliquant un retrait marqué des investissements, un repli de type autistique, des troubles majeurs et durables du cours de la pensée, une angoisse envahissante, des phénomènes de déréalisation prononcés... Mais affirmer un tel diagnostic sans assurance est lourd de conséquences sur l'image que l'adolescent se fait de lui-même, sa projection dans l'avenir, ainsi que sur les attitudes de son entourage notamment familial et sur celles des soignants. La prescription logique d'un traitement neuroleptique qui en découle peut avoir des effets négatifs et peut-être psychotisants : aboulie, démotivation, baisse des capacités d'investissement intellectuel et affectif, anhédonie, perte des désirs sexuels, sans oublier les effets corporels directs dont la prise de poids, les effets de type parkinsoniens.

Il faut souligner que la notion de durée d'évolution des troubles est une notion fondamentale²⁵ qui démontre que la valeur prédictive positive du diagnostic de schizophrénie est dépendante de la durée d'évolution : le DSM IV propose un critère de six mois de durée d'évolution qui nous semble particulièrement court à l'adolescence.

L'absence de validité des troubles s'illustre aussi dans l'importance accordée au concept de comorbidité qui frise le ridicule quand il est appliqué à certaines pathologies attrape-tout (les états limites, lit de toutes les addictions), alors qu'on reste confondu par l'absence de résultats concluants concernant les soubassements organiques de ces pathologies - résultats qui confirmeraient que ces fameuses comorbidités seraient générées par une même défaillance biologique ?...

Une dernière remarque sur cette question de la fiabilité interjuge. Non seulement elle demeure très faible concernant la CIM-10 et le DSM IV, ce qui est un comble pour des outils destinés à favoriser la comparaison des travaux d'équipes différentes, mais il est plus que probable que certains chercheurs ne publient que les résultats positifs de leurs échelles et non les résultats négatifs.

Tant que ces deux points ne seront pas éclaircis, on ne pourra pas parler de collectif digne de ce nom.

Mouvance psychique

La simple observation est en elle-même à l'origine d'erreurs si la nature de l'observateur et son approche conceptuelle ne sont pas intégrées à l'analyse.

Une approche anatomo-clinique, ne laissant pas de place à la notion de processus dynamique, marque l'exercice d'un pouvoir : celui-ci est source de craintes pour le patient et de modification de son implication. Pour s'en convaincre, il n'est qu'à bien voir que le patient ne présente pas la même symptomatologie à ses différents interlocuteurs, a fortiori si ceux-ci sont des investigateurs, et que tout praticien a une tendance naturelle à « sélectionner » ses patients en fonction de la qualité des réactions et des craintes qu'ils suscitent en lui. Il exclut « légitimement » des patients pour lesquels il ne se sent pas maître de la situation, ou chez lesquels un climat de confiance puis de coopération est

difficile à instituer. On peut penser qu'il en est de même pour le patient. Autant se faire à cette idée et à celle qui en découle... : celui qui impose le rythme au couple soignant-patient, c'est le patient.

Il convient, nous semble-t-il, d'éviter une relation d'emprise qui entraîne un sentiment de dépossession-possession chez le patient et d'aller dans le sens que nous propose implicitement celui-ci, c'est-à-dire celui de la créativité : accepter le symptôme comme possible construction du patient suscitée par sa problématique et présentée spécifiquement à nous en notre rencontre singulière - tout en gardant à l'esprit que ce symptôme, même s'il est pour une petite part un choix, s'impose pour une grande part massivement à lui en raison de contraintes biologiques, psychologiques et/ou sociales -, et le déplacer jusqu'à un symptôme « partageable ». Autrement dit, adopter la position freudienne, aujourd'hui radicalement remise en cause (ou extrêmement peu étudiée) par les neurosciences et totalement éludée par le système DSM, qu'il existe des passages si ce n'est une continuité entre le normal et le pathologique, avant que les symptômes ne se fixent définitivement. C'est l'ambition de la psychanalyse de prendre le temps de percevoir cette mobilité psychique restante et de l'utiliser comme levier thérapeutique - ce fut son erreur d'être parfois trop attentiste.

Qu'y a-t-il entre un texte et son lecteur, un tableau et son observateur, un acteur et son spectateur, un symptôme et son médecin ? Un vécu du patient et un savoir du médecin qui s'échangent dans une alliance et une compréhension, voire une connaissance lorsque le lien inter-humain résonne dans cette relation singulière de dépendance qu'est la relation médecin-malade. Compréhension, connaissance, mais aussi croyance, nous dit Freud, « chose » qu'il a apprise à la Salpêtrière chez Charcot. Freud, en acceptant de prendre au mot la croyance de ses patients, a-t-il renoncé à la médecine du savoir physiologique et anatomo-

pathologique qui était sa première vocation ? Ou a-t-il enrichi la connaissance médicale d'une pensée de l'articulation psyché-soma ? Helléniste passionné, il avait compris que les Grecs croyaient et ne croyaient pas en leurs mythes et que les hommes ont besoin, non uniquement de savoir, mais aussi de croire. Freud a perçu la dimension théâtrale que comportait toute manifestation de pathologie mentale, y compris dans les plus profondes détresses comme la mélancolie... Plutôt que de la rejeter comme un simple enfantillage, il la considère elle aussi comme un élément symptomatique historique et perçoit sa valeur défensive. Mais, scientifique rigoureux, quoi qu'on en dise, il s'attache à la traiter et invente avec la psychanalyse un nouveau cadre diagnostique où vérités et croyances vont pouvoir se confronter à travers le temps.

Ce qui est observé est une position du sujet à un moment donné, une subjectivation soumise peut-être à des invariants biologiques mais dépendant aussi de facteurs socioculturels et familiaux et de facteurs psychologiques individuels. De plus, la bio-psycho-sociologie de ce patient ne se matérialise pas, ni systématiquement ni totalement, dans un symptôme ou un comportement et reste susceptible d'être mouvante dans une relation intersubjective. À moins de considérer l'être humain comme une forteresse, pleine ou vide, mais immuable...

Cette mouvance ne peut être exclue : elle doit au contraire être prise en compte dans l'élaboration de ce qui se joue, parce que nous ne sommes pas dans le cadre d'une expérience de laboratoire où il s'agirait en préalable de mettre de côté toutes les interactions autres que celles que nous explorons ; mais que, dans cette relation humaine, l'électricité issue du frottement peut nous éclairer. On peut bien sûr éviter de froter et rester tranquille, mais alors on trouvera probablement ce qu'on était venu chercher, ou encore pour certains on validera une position

« professionnelle » qui vise moins à trouver quoi que ce soit, qu'à classer.

À force de systématisme, de référencement à des critères préétablis, on en conclut trop facilement à une causalité biologique, psychologique ou sociale... toujours réductrice quant à sa capacité à définir l'humain.

Cela dit, il convient d'évoquer deux extrêmes de pensée, qui ont toutes deux leur validité, autour de cette position médiane qui met en exergue les possibilités de dynamique psychique même dans les pires états de détresse.

La première n'est plus contestée que par certains psychanalystes travaillant en huis clos et accrochés à leurs convictions au mépris de toute nécessité d'évaluation de leur pratique. Au nom d'une idéologie de « troubles passagers » mis sur le compte de nécessaires crises mutatives, et donc de troubles développementaux ou conjoncturels « normaux », on a méconnu que certaines crises symptomatiques témoignaient de réelles difficultés psychologiques au pronostic incertain voire sévère, d'autant que les symptômes, loin de s'amender, s'autorenforçaient, réorganisant définitivement la personnalité du sujet autour d'eux. Il est ainsi proprement impensable que des patients mélancoliques, psychotiques délirants, névrotiques enfermés dans des symptômes expansifs et aliénants, anorexiques, etc., soient suivis de manière univoque en psychothérapie et ne bénéficient pas d'une prise en charge bifocale²⁶.

La seconde, pendant opposé de la première, est à référer à cette dimension singulière dans les mouvements psychiques du sujet que W. Bion qualifiait de « mémoire du futur ». N'oublions pas en effet que le sujet a toujours un ou plusieurs coups d'avance sur l'investigateur. Son besoin d'être dans la continuité de ce qui l'a constitué le pousse à chercher à devenir ce qu'il était ou plus précisément à

demeurer ce qu'il était dans la relation à l'objet primaire. Son devenir (de se défaire à se refaire) dépendra du droit d'inventaire qu'il pourra exercer sur ce qu'il a subi. Il se l'accordera d'autant plus volontiers qu'il ne restera pas fixé à une jouissance masochiste dans des identifications aliénantes. Mais plutôt que de courir le risque de perdre l'objet premier et le monde de l'origine, certains patients ne résistent pas à la séduction trompeuse de l'inceste familial et de l'homogamie sociale, et autovalident leur masochisme moral en concluant à un destin ou à une fatalité tragique. La vie est un risque, et tous les malades ne veulent pas guérir. Surtout si le psychiatre engagé dans la prise en charge les y aide avec un diagnostic qui confirme la fixité de leurs troubles et de leur mode de vie, et n'ambitionne que de les soulager ponctuellement pour une meilleure adaptation.

Tout ce développement sur la difficulté à « être et avoir été » est d'ailleurs vrai aussi pour ces autres êtres humains que sont les chercheurs, quant à leur « capacité » à se laisser nourrir de l'apport d'autres théories et angles de vue. L'« inceste » scientifique auquel la psychanalyse a parfois cédé reste un danger majeur pour les toutes nouvelles théorisations : les neurosciences devraient s'inquiéter des risques des maladies auto-immunes.

À la recherche de l'ordre perdu

L'approche théorique à laquelle on se réfère étant posée, la pratique clinique montre bien que tentant d'appréhender la « totalité » d'une personnalité à un moment donné de son histoire, nous sommes quasiment toujours obligés de changer de méthode d'investigation au cours d'un même entretien, et cela plusieurs fois. C'est de la juxtaposition de ces méthodes que naissent une ou plusieurs hypothèses qui peuvent parfois apparaître irréductibles l'une à l'autre mais relativement unies si on a conscience d'une dynamique psychique. D'où l'idée que se précipiter vers une solution de

synthèse, si elle permet d'unir intellectuellement des morceaux disparates, n'est pas sans danger d'éluder la nature même de ce qui unit les morceaux, mais que pour autant c'est à cette solution de synthèse qu'il faut viser, après avoir exploré au plus profond chaque champ.

L'ordre chronologique est toujours insuffisant quand on aborde des problèmes profonds : la mémoire peut être sélectivement amnésique (le refoulement est conservateur) et est toujours reconstruction, et le futur modifie le passé surtout lorsque, comme c'est si souvent le cas en pathologie mentale, le sujet est fasciné par un futur qui ne fait que refigurer son passé perdu.

L'ordre symptomatique est de même insuffisant puisqu'il ne prend pas en compte les particularités de devenir d'un sujet.

Ces deux ordres souffriraient-ils pour le patient, contrairement à ce qui peut se jouer chez l'être « sain » plus ouvert, de n'être que quantitatifs ? Probablement oui (mais dans quelle mesure et dans quels domaines ?) dans les formes chronicisées, certainement pas au début de la majorité des troubles. Claude Bernard, dans son *Introduction à la médecine expérimentale* (1865), soulignait déjà qu'« en se fondant sur la statistique, la médecine ne pourrait jamais être qu'une science conjecturable ». Ce sur quoi renchérisait Armand Trousseau dans son *Introduction aux cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu* (1861) : « [La méthode numérique] est le fléau de l'intelligence : elle fait du médecin un comptable, serviteur passif des chiffres qu'il a superposés. Et le plus grand reproche que je lui fasse, c'est d'étouffer l'intelligence médicale. » Et de fait, si on accorde à la tension artérielle le statut d'une « constante » extrêmement variable y compris sous l'influence de l'affect, que ne s'autorise-t-on à penser de même pour la tension psychique ?

Enfin, il apparaît évident que le mode d'approche de l'investigateur (enfermé dans des codifications ou bien

ouvert à une polysémie des symptômes), son optimisme, son engagement ne sont pas sans influencer grandement le diagnostic et pronostic. Encore faut-il que cet investigateur soit conscient qu'il participe à cocréer le symptôme que son patient ou son objet d'étude lui propose. À ce titre, l'inflation d'informations qu'ingurgitent plus ou moins laborieusement les étudiants en médecine puis les praticiens dans le cadre de leur formation continue plus ou moins sponsorisée ne saurait être significative d'une acquisition de connaissances, qui – pour être intéressantes – restent superficielles de par leur aspect purement statistique (la moyenne n'est qu'arithmétique et non pas humaine) et ne remplacent pas la formation à une démarche intellectuelle.

Plus grave, s'attacher à un simple décodage des symptômes suivi d'un traitement visant à les faire disparaître semble s'apparenter à l'évitement d'une relation personnelle avec le patient. Schémas théoriques, grilles d'évaluation, essais thérapeutiques, s'ils circonscrivent laborieusement un désordre, isolent, puis excluent plus sûrement le malade. Nul jugement de valeur ou moral dans cette assertion que, dans la recherche scientifique « officielle », certains praticiens en viennent à exclure le malade. Ma critique est plus profonde : pour pouvoir trouver dans le champ de la pathologie mentale quelque chose en l'autre souffrant, encore faut-il s'être essayé sur soi. Il y a chez certains chercheurs un tel fourvoiement conceptuel de l'humain, qu'on doit aussi conclure que visiblement aucun d'eux n'espère surtout rien découvrir dans le désordre que leur offre le patient puisqu'ils le réorganisent avec un activisme peureux si ce n'est suspect.

Les temps ont changé... ils ne sont plus à revisiter l'histoire à l'origine des troubles, mais à identifier les besoins actuels et à favoriser dans un souci d'adaptation une « flexibilité mentale » jugée défailante. Avec la caution des neurosciences qui posent que « l'expérience sculpte le

neurone » et pourrait favoriser le développement de nouveaux réseaux neuronaux qui compenseraient les déficits observés dans certains troubles. Les tenants de ces approches n'hésitent pas à affirmer que cela reviendrait à aider le sujet à prendre conscience de ses difficultés. On peut en douter, tant la priorité donnée à l'adaptation est centrale. Et ce, tant pour les patients que pour les « remédiateurs ». On peut craindre que ces derniers ne cherchent plus à découvrir ce qu'ils viennent faire en psychiatrie... : chercher à se comprendre, confirmer leur peur à se comprendre. À moins de croire qu'il existe des ambitions sans vocation... Si tel est le cas, cela explique peut-être certaines des métaphores algébriques sans image que certains scientifiques nous proposent.

Le psy doit pouvoir quelque peu entrer en lui, puis sortir de lui, s'il veut rencontrer le « fou », celui qui s'est enfermé en lui, est sorti de la vie et survit. Ou tout au moins, accepter d'éprouver un temps en lui la torsion psychique imposée par cette survie.

La relation médecin-malade existe (qu'on l'évite ou pas), souvent immédiatement dès le premier contact, et il convient d'emblée d'en tenir compte. Au total, c'est un fait : la simple observation est en elle-même à l'origine d'erreurs si la nature de l'observateur et son approche conceptuelle ne sont pas intégrées à l'analyse.

Critique constructive

Après avoir beaucoup critiqué l'approche catégorielle « objective » des troubles psychiques, reste à poser quelques bases d'une approche « subjective » utilisable en matière de recherche.

S'attacher à décrire le fonctionnement mental d'un sujet entraîne à s'interroger sur la fiabilité d'une telle évaluation subjective.

Mais pourquoi tenter d'éliminer l'inévitable subjectivité du clinicien ? s'interrogent de nombreux cliniciens mais aussi chercheurs qui développent actuellement des outils méthodologiques objectivant la dimension relationnelle. La cotation d'une grille ne vient-elle pas après l'interprétation du discours du patient réorienter en partie le diagnostic ?

Un outil méthodologique ne peut pas être un système de repérage véritablement objectif du fonctionnement mental. Il est, comme toute échelle d'évaluation, la projection d'un modèle pathologique construit à partir d'une expérience clinique et de l'interprétation de la théorie sous-jacente. Il met en évidence l'élaboration que fait le clinicien du fonctionnement mental du patient. La difficulté majeure réside donc dans la contradiction apparente entre l'abord psychopathologique et l'abord statistique épidémiologique.

L'épidémiologie est essentiellement descriptive et évaluative plus qu'explicative. Elle s'intéresse à des groupes d'individus qu'elle différencie à partir de variables « objectivables ». Elle vise donc à mettre en évidence l'existence de corrélations entre certains critères, sans expliquer la nature de ces corrélations, et sans déduire en particulier qu'il y a lien de causalité entre les critères retenus et le phénomène qu'ils caractérisent. D'autre part, fait important et positif : ces études s'effectuent sur des populations très nombreuses, ce qui permet de conserver un grand nombre de variables dans le champ d'étude.

La psychopathologie s'intéresse quant à elle à l'individu, à son fonctionnement mental. Cette approche prône que le symptôme, et de façon plus générale le comportement, « cache autant qu'il montre²⁷ ». La mise en sens, la recherche de liens sont à la base de la compréhension du travail psychique. Le fonctionnement mental a ses propres lois, ses propres mécanismes conscients ou inconscients, et ses propres objets. Et puis, au-delà de ce cadre préétabli, il est laissé une place importante à l'indécidable, l'étrange,

l'ambigu, l'inouï. Oui, un sujet fonctionne selon un certain nombre de déterminants et (dans le même temps) dans un certain indéterminisme. Ce mixte entre un fonctionnement et une pensée peut aboutir dans le meilleur des cas à une créativité, dans le moins bon à des « nœuds dans la tête ».

Le hiatus entre approche épidémiologique et approche psychopathologique est donc à son apogée sur les points suivants : approche d'un groupe, suivant des données du monde externe/approche individuelle par la connaissance du monde interne ; analyse « collective » en fonction des lois statistiques/analyse strictement individuelle de la causalité psychique.

Tant que l'objectif de recherche se limite à la description de la population d'étude dans l'un ou l'autre registre, il n'y a pas de problèmes méthodologiques. Tout se complique lorsqu'on cherche à les rassembler, car des confusions risquent alors de s'établir. D'une part, une confusion des objets d'étude : confondre par exemple l'imaginaire maternelle intériorisée par le patient et l'image sociale de la mère, la seconde venant remplacer la première dans la description du fonctionnement mental - confondre donc la réalité psychique et la réalité sociale. Cette confusion modifie du tout au tout l'évaluation des troubles psychopathologiques. Tous les pédopsychiatres ont fait l'expérience de la distance absolue qu'il y a entre ce que parvient à raconter en entretien individuel un enfant ou un adolescent de ses parents et la réalité de ceux-ci en entretien familial. Tous les parents qui ont osé pour tout un tas de craintes ou de raisons épier, surveiller leurs enfants, en se maintenant à l'affût derrière la porte de leur chambre, en lisant leur journal intime obligeamment laissé ouvert, en allant sur Facebook voir la page ou le mur de leur progéniture... ont pour les plus sains d'entre eux rapidement reculé.

D'autre part, une confusion dans le processus d'analyse des données et leur portée signifiante : par exemple la notion de différence significative, importante d'un point de

vue statistique, a-t-elle le même intérêt d'un point de vue psychopathologique - en particulier lorsqu'elle ne différencie qu'un nombre limité de sujets ou qu'on s'arrange, en multipliant « à la pêche » les corrélations, pour arriver à trouver une tendance ou une différence significative (la fascination pour le 0,05 % !) ? On a en effet souvent tendance, en recherche, à majorer l'importance du chiffre, à généraliser les résultats et à penser que deux groupes étudiés sont bien différents, parce que quelques variables les différencient significativement. Le retour à la clinique montre bien que cette fameuse significativité ne vaut pas pour tous les patients dès qu'ils sont en « situation ».

Enfin, une confusion risque de s'établir dans l'interprétation des résultats, lorsque l'on passe des données concernant un groupe à des données concernant des individus : par exemple, il se peut que se retrouvent dans la description d'un groupe certains traits du fonctionnement mental (certains mécanismes de défense, certains types de conflit...), mais ce qui est déterminant pour le diagnostic, ce n'est pas tant leur présence que la façon dont ils s'imbriquent et se lient, et les résultats portant sur le groupe ne nous permettent pas d'inférer que la coexistence de ces particularités de fonctionnement se manifeste chez un même individu.

Supplique, donc, aux jeunes chercheurs : Ne tentez pas de confondre dans un même projet de recherche les deux approches quantitative et qualitative, objective et subjective. Laissez coexister des recherches parallèles (études épidémiologiques et analyses de cas) et confrontez-les sans ostracisme lorsqu'elles portent sur le même objet d'étude. Enfin, ne cédez pas aux plans de carrière qui vous entraînent à choisir les critères diagnostiques et la méthodologie d'une recherche en fonction des possibilités de publication. Une fois « critérisée » et « échellifiée », la

recherche aura perdu de son attrait comme il advient toujours et, à force d'adapter la réalité clinique à la réalité telle que la conçoivent les maîtres des publications, on perd toute possibilité d'investigation de l'espace mental de ses patients... et du sien.

Je ne sais pas si le DSM est une « machine à décerveler », mais je sens qu'elle est une machinerie qui désensibilise les jeunes chercheurs insuffisamment confrontés à la clinique.

La science ne reflète pas la réalité, elle la crée. Attention à ne pas être les complices de son autorité. Les lois scientifiques ne sont pas les lois de la vie. Dans la vie il n'y a pas de « crises techniques » mais des crises existentielles.

4.

Le traitement analyseur nosologique

« Votre Halopéridol est réac. Il est de droite. Il est répressif. Il diminue l'indignation, empêche la révolte, l'agressivité révolutionnaire. Il est contre l'imagination. [...] Seul l'Anafranil est de gauche, il est stimulant, excitant, infuriosant, survoltant, propulsant. L'Halopéridol est facho. L'Anafranil est gauchiste. »

Romain Gary,
Le Temps retrouvé

La quantification du deuil

Il est déjà apparu avec le recul que l'individualisation de certaines catégories nosographiques s'était accompagnée de la mise concomitante sur le marché de nouveaux agents pharmacologiques dont les symptômes cibles étaient justement ceux qui constituaient ces nouvelles catégories. Un exemple ancien : les attaques de panique. Un exemple récent : l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDHA).

De fait, toutes les expérimentations médicamenteuses s'appuient exclusivement sur une sélection des patients opérée par des experts selon les critères DSM, ceux-là mêmes qui ont requalifié les névroses d'angoisse en « attaques de panique » et ont défini les symptômes de la nouvelle entité syndromique qu'est le TDHA... On tourne en rond.

Plus ! Même si l'on s'accordait sur les critères diagnostiques, la façon dont sont conduits les essais cliniques est sujette à caution : choix de patients volontairement « légers » et donc forcément répondeurs ; création de formes subcliniques, moins symptomatiques, permettant d'augmenter la clientèle potentielle, clientèle qui plus est plus facilement répondeuse y compris à un effet placebo ; choix de patients dans différents pays pauvres avec rémunération ou offre de soins à la clef, donc plus facilement répondeurs au mépris du biais méthodologique - et accessoirement de la dignité humaine ; dosages médicamenteux arbitraires, absence de comparaison avec les molécules de référence, résultats négatifs non publiés, etc.

Les risques soulignés ici sont qu'une base de données cliniques ainsi constituée contribue à promouvoir chez le praticien une « attitude correctrice » vis-à-vis des symptômes mis en évidence (le patient est considéré en « rémission » quand il ne répond plus aux critères, comme un cancéreux qui a régulé ses constantes biologiques ou ses marqueurs tumoraux), mais aussi, plus grave, à considérer le traitement comme un analyseur qui viendrait après coup légitimer le diagnostic. Cette démarche s'apparente ainsi à celle entreprise en médecine organique où la réponse thérapeutique positive permet un diagnostic rétrospectif, mais comme la pathologie mentale se révèle toujours plus complexe, on voit des ordonnances à rallonge où le patient est « couvert » de neuroleptiques, d'antidépresseurs, de thymo-régulateurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques. À l'image de certaines multi-antibiothérapies à large spectre utilisées par méconnaissance du ou des germes impliqués.

Nous pensons ici en particulier aux troubles anxieux, dont les catégories se sont multipliées en fonction de la nature de la réponse au traitement. La névrose d'angoisse avec ses aménagements ou ses décompensations symptomatiques s'est ainsi vue morcelée et reconstruite en trouble panique

avec ou sans agoraphobie, troubles somato-formes, trouble anxieux généralisé, etc. Cette homogénéisation des angoisses sous le terme de panique témoigne d'une approche réductrice résumant ce signal symptôme à une réaction de l'organisme face à un stress. Ce qui permet, le mot stress ne voulant rien dire de ce qui perturbe le sujet, de faire l'économie d'une analyse du problème pour aller directement vers la solution... à savoir la prescription. Si le sujet venait en quête d'un sens, il ressort avec un carburant lui permettant de juguler un moment de perte de contrôle et de continuer à avancer.

Mais l'approche syndromique objectivant des « maladies » traitables et remboursables a semble-t-il du plomb dans l'aile. Le concept de transnosographie ayant de plus en plus de succès, on s'oriente depuis vers l'individuation de dimensions pathologiques communes à de nombreux syndromes. Cela témoigne bien, accessoirement, de l'aspécificité des symptômes. Mais, là encore, ces nouveaux « supersymptômes » sont étudiés comme des cibles contre lesquelles un traitement devrait être trouvé, plutôt que comme des indicateurs d'un moment psychique dont la nature défensive contre un risque de désorganisation est éludée. Le comble du ridicule a été atteint avec l'individualisation d'un trouble « angoisse de séparation », le plus aspécifique qui soit lorsque la nature de l'angoisse n'est pas explorée - ce qui ne saurait exister dans une société qui promeut l'autonomie et l'esprit pionnier du self-made-man : un nombre faramineux de recherches n'ont abouti à aucune individualisation d'une prise en charge concrète. Pour cause : la maladie mentale n'est-elle pas la forme exacerbée de la gestion toujours délicate des séparations inéluctables que la vie impose à tout être humain ?

Le déni de la souffrance psychique est donc loin d'être levé et envahit même d'autres champs. On assiste aujourd'hui à la mise en exergue du deuil pathologique à

partir d'éléments quantitatifs, et non qualitatifs, en éludant évidemment la logique inconsciente à l'œuvre au profit d'une seule logique biologique. C'est ainsi que le DSM IV-TR qualifie un état dépressif de « majeur » si l'ensemble des symptômes (tristesse, asthénie, perte d'intérêt, anhédonie, trouble de la concentration, sentiment de dévalorisation) dure plus de deux mois.

Pourquoi deux mois ? Pour l'ensemble des sujets et quelles qu'en soient les raisons et les situations ? Il n'est plus désormais possible d'être triste et a fortiori déprimé trop longtemps. Votre réactivité et votre flexibilité vont être rapidement évaluées. Le temps, c'est de l'argent... De plus en plus... Ainsi, concernant les critères requis pour un épisode dépressif « majeur », on pouvait lire successivement :

- dans la première édition du DSM (1968) : pas de notion de durée de deuil ;
- dans la troisième édition (1980) : une durée « prolongée » ;
- dans la quatrième édition (1994) : « si l'état dépressif lié au deuil dure plus que deux mois ».

On annonce dans le DSM V la réduction de cette durée exigée à deux semaines. Cette médicalisation du deuil physiologique fait dire à Frances Allen²⁸ que « le chagrin deviendra ainsi donc une nouvelle cible pour les entreprises pharmaceutiques ». Et comme le chagrin touche tout le monde et dure plus longtemps que l'amour... les prescriptions seront infinies.

Quelles ont été les « remontées » du terrain clinique qui ont justifié une telle réduction arbitraire du temps dévolu au deuil ? Quel impact cette décision va-t-elle avoir sur la génération des futurs psychiatres et sur leurs malades qui vont se soumettre à ce nouveau codex ni innocent ni anodin ?

Là encore, les retombées commerciales d'un tel choix totalement dénué du moindre embryon de valeur scientifique seront importantes. Aux États-Unis, d'ores et déjà, 25 à 50 % des étudiants qui consultent dans un centre de santé consomment des antidépresseurs. En quoi le DSM est-il responsable ? C'est bien lui qui formate les psychiatres, lesquels formateront eux-mêmes les médecins généralistes, les plus gros prescripteurs de psychotropes ! Mais, au-delà des chiffres vertigineux de ventes d'antidépresseurs qui continuent malgré les révélations et les critiques²⁹, c'est la question fondamentale du sens de notre action soignante qui est remise en cause. Cette question de la quantification du deuil est exemplaire d'une vision purement biologique qui méconnaît la différence qualitative d'un deuil en fonction de la nature des liens qui avaient pu se nouer entre le sujet endeuillé... et l'objet perdu. On peut imaginer que le processus varie du tout au tout en fonction de la nature des liens noués, et qu'en particulier le dénouement demandera des temps variables. Le deuil, mais aussi toute une gamme d'affects qui le nourrissent, de la culpabilité à la honte, jusqu'à la douleur morale, sont galvaudés dans un terme « estime de soi » qui, employé à tort et à travers, ne veut plus rien dire... Là encore, c'est cette vision qui considère le trouble mental comme une entité extérieure au sujet.

Quantifier ainsi le deuil sans en déterminer la qualité équivaut au choix médico-social qu'il ne saurait trop longtemps durer, et qu'il faut donc le corriger pour pouvoir remettre le sujet dans le circuit de la performance... et de la récompense, en lui déniait que son élaboration puisse être un bienfait. Donald W. Winnicott rappelait que la capacité à se déprimer est une « performance de la croissance affective ». Pierre Fédida, dans un merveilleux livre, *Les Bienfaits de la dépression*³⁰, a approfondi ces dimensions. Ces notions ne sont-elles plus entendables ?

Sans aller plus loin dans la polémique, contentons-nous de poser deux points de discussion. Tout d'abord, l'évident surdiagnostic de dépression, sa surmédicalisation et son surtraitement renvoient-ils à une meilleure formation des médecins généralistes, les premiers sur la ligne de front, ou à une vaste entreprise économique ? Une fois la réponse donnée à cette question, ne convient-il pas d'évaluer au cas par cas la possible traversée d'une phase dépressive en prenant le temps d'explorer, en même temps que la partie clinique médicale et pharmacologique de la vie du patient, sa partie sociale, affective, sexuelle, professionnelle ?... Il nous semble essentiel que la décision quant à la nature d'un traitement puisse se prendre après un repérage clinique et psychopathologique. La nature du traitement dépend du diagnostic et de la qualité des ressources psychologiques du sujet.

L'approche réductrice proposée par le DSM, utilisée de façon univoque, risque de masquer des potentialités évolutives mal appréciées, mais aussi d'enfermer le patient dans un certain renoncement. Prescrire par exemple un traitement lourd ou orienter la prise en charge sociale vers une protection rapprochée ou une invalidité (hôpital de jour, allocation adulte handicapé) peut lui offrir un certain conditionnement. Ne négligeons pas le fait avéré que certains patients, en recherche éperdue d'une image d'eux-mêmes qui puisse leur dire qui ils sont, sont enclins à accepter avec une grande facilité les étiquettes diagnostiques qu'on appose sur leurs troubles, et qui leur confèrent comme une identité de compensation. Si en outre cette souffrance ainsi épinglée peut leur permettre une reconnaissance médiatique (« vu à la télé ») - c'est-à-dire qu'elle leur offre une image de soi à défaut d'un possible sentiment de soi -, alors ils peuvent d'eux-mêmes accepter d'être les prisonniers de cette image qui calme leur peur d'être découverts, mis à nu. Laissons au patient la possibilité de nous surprendre : la confrontation au réel de

ses fantasmes et de ses craintes, lorsqu'elle est bien accompagnée, peut modifier sensiblement ce qui pouvait apparaître comme une constante structurale...

Ensuite, que penser, en ces temps de crise économique, de la mainmise, pas du tout invisible, de certains laboratoires pharmaceutiques sur l'édification des nouveaux critères ? Les stratégies thérapeutiques du DSM et pharmacologiques cohabitent parfaitement. Et ces deux modèles très structurés délivrent avec facilité, pour ceux qui ont besoin de cadre, les nouvelles abscisses et ordonnées du savoir. Entendons-nous bien : les tenants de ces modèles n'excluent pas l'importance d'une certaine psychopathologie ; ils réduisent « simplement » la portée de leur traitement à régler quelques enjeux purement fonctionnels. Pourquoi pas ? Il est évident que dans certains cas cela est utile et allège les souffrances.

Mais la machine avance, impavide... Non seulement un certain nombre de diagnostics sont légitimés en fonction du traitement éducationnel qui leur est obligatoirement associé - par exemple, le traitement des patients autistes participe au diagnostic défini par certaines inaptitudes dans le système scolaire. Mais dans certains cas, en outre, pour pouvoir bénéficier d'un remboursement substantiel par les assurances, les patients doivent répondre aux critères DSM. Dès lors, certains praticiens n'hésitent pas, pour le bien de leurs patients, à les faire entrer de manière quelque peu forcée dans ces critères. C'est ce qui se passe en France où, pour faire bénéficier quelqu'un du remboursement d'une « affection de longue durée », on ajoute quelques critères dans le certificat adressé au médecin de la Sécurité sociale. Mais aux États-Unis, pour certains diagnostics, les critères ont été modifiés sciemment, non selon des critères scientifiques au vu des enquêtes de terrain, mais pour pouvoir inclure beaucoup plus de patients : c'est le cas par exemple de l'anorexie mentale, où le critère aménorrhée a

disparu, et de la boulimie, où le nombre de crises requises pour le diagnostic a chuté.

L'aigu et le chronique

Les affirmations diagnostiques permises par le DSM sont totalement inopérantes pour évaluer des phénomènes aigus. Dans la grande majorité des cas de crise, l'appareil psychique ne capitule pas totalement et la structure mentale ne se désorganise pas massivement : quelques symptômes sont lâchés, comme on lâche du lest pour permettre à l'appareil de ne pas s'écraser. Le système DSM n'a cure de ces finasseries : on entre ou on n'entre pas dans les critères, telle est la question.

Le DSM... ou comment transformer certaines affections aiguës réactionnelles à certains événements de vie (séparation, deuil, maladie...) ou situationnelles (confrontation à la solitude, l'amour, la filiation...) en affections chroniques, en signant ainsi pour les patients le passage de leur caractère trop longtemps « inadapté » dans un monde qui va plus vite et est moins ritualisé, à une « maladie » pour ainsi dire incurable. Comme le psychanalyste un peu trop orthodoxe ne peut entendre votre symptôme du jour sans le référer à votre passé infantile le plus reculé et dont vous n'avez pas le moindre souvenir, le « DSMiste » un peu trop borné peut vous annoncer votre risque statistique de récurrence après vous avoir donné votre taux potentiel de rémission. Prisonnier d'une fatalité tragique déterministe d'un côté, et d'un avenir devenu incertain d'être en partie certain de l'autre, le sujet malade ne peut même plus jouir de sa douleur ici et maintenant. Le premier lui dit que c'est la même mais qu'elle s'est déplacée, le second qu'elle rumine un prochain mauvais coup.

Prenons quelques exemples.

Les cliniciens français restent quasiment les seuls au monde à maintenir la tradition de l'existence d'une variété non psychotique (au sens structurel) d'expériences délirantes. Les auteurs s'appuient sur trois critères majeurs pour isoler ce groupe de manifestations : la brusquerie du tableau clinique, la variabilité des symptômes, la totale réversibilité de l'épisode. Dans les pays anglo-saxons, cette tradition du diagnostic de « bouffée délirante aiguë » n'est pas retenue et l'expérience délirante est souvent considérée comme un mode d'entrée dans la schizophrénie. Plus personne n'insiste beaucoup sur le risque de surdiagnostic de troubles schizophréniques devant un délire aigu de l'adolescent, et sur les effets négatifs de la prescription de neuroleptiques. Les temps sont, avec des arguments légitimes, au dépistage précoce permettant une prévention, et évitant l'installation du sujet dans son délire.

Les débats portent plutôt sur la pertinence de l'entrée dans le DSM V d'un nouveau diagnostic : le syndrome de risque psychotique (*risk syndrom for first psychosis*). On ne parle plus de vulnérabilité mais de risque, sous-entendant qu'on ne sait pas si cette vulnérabilité biologique suffira à coup sûr à orienter une évolution morbide. Ce qui laisse supposer que des facteurs environnementaux pourraient être protecteurs. Soit : mais cette prudence sémantique n'empêchera pas, soyons-en sûrs, les prescripteurs (avec l'aide des laboratoires pharmaceutiques enchantés de ce nouveau marché) de prévenir le risque de trouble par une chimiothérapie active... en assumant que bon nombre d'enfants et de préadolescents auront subi un traitement non seulement inutile mais dangereux. Et ce danger-là n'est pas un risque mais une certitude : effets secondaires majeurs (prises de poids brutales et massives, troubles métaboliques...) ; enfermement dans une identité morbide à un âge charnière dans la construction de soi. Si à cette prescription médicamenteuse s'associent en plus par excès de prudence des réaménagements scolaires et un suivi

psychiatrique régulier, il n'est pas exclu que certains enfants n'aient pas d'autres choix que de « confirmer » à leurs corps défendant cette pathologie présumée intemporelle.

Rappelons qu'aucune étude de terrain n'a aujourd'hui prouvé l'efficacité des neuroleptiques atypiques dans la prévention de ce syndrome. En revanche, il est prouvé que le pronostic à long terme d'un trouble, y compris schizophrénique, est positivement corrélé à la qualité du premier contexte thérapeutique, à la première rencontre identificatoire. Ainsi, si l'environnement assimile certains symptômes exclusivement à des déficits, le sujet va faire l'objet de réactions qui peuvent devenir pathogènes en l'installant dans une « interdiction » par rapport à toute régression, à tout fantasme ou délire, alors que ceux-ci lui sont un temps indispensables. Si, par contre, l'extérieur aide le sujet à réaliser des déplacements, à construire des représentations, potentialise certains aspects, en corrige d'autres, en contient certains, alors les équilibres internes sont susceptibles d'évoluer. Que certains signes existent ou pas, ces limitations sont nécessairement prises dans l'ensemble du développement de la personnalité et y jouent un rôle dynamique. Aussi, nous ne parlons pas de « structure psychotique », mais de structuration, laissant entendre l'installation de mécanismes de défense non spécifiques (déli, clivage, identification projective) et susceptibles d'évoluer. Ceux-ci conditionnent au moment de l'épisode aigu un processus de pensée psychotique, « état mental à risque », susceptible d'évoluer vers un autre régime de fonctionnement. Cela n'exclut bien évidemment pas des traitements médicamenteux actifs sur les déficits neurobiologiques, ou contrôlant des angoisses psychotiques. Mais la chimiothérapie risque d'évacuer le questionnement sur la vie psychique si elle vise seulement à abraser les symptômes psychotiques les plus manifestes qu'il faut comprendre non seulement comme des déficits mais aussi

comme des défenses pour maintenir laborieusement une identité psychique.

A-t-on déjà oublié cette étude rapportée par G. Loas³¹ ? « Une étude effectuée par l'Organisation mondiale de la santé (1972) avait comparé les pratiques diagnostiques aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Deux groupes de psychiatres de chacun des pays devaient examiner en commun des patients hospitalisés à Londres ou à New York. Les résultats ont montré que les mêmes patients, quelle que soit leur origine, furent diagnostiqués deux fois plus souvent schizophrènes par les Américains que par les Britanniques [...]. »

« Dans la vie américaine, il n'y a pas de second acte », disait Scott Fitzgerald. Mais une seconde chance quand même, puisqu'il revient au sujet simplement de sortir des critères pour être guéri, comme il suffirait à un toxicomane de s'abstenir un temps suffisant pour considérer être sevré. Et ça n'est pas si difficile ! Prenons l'exemple des troubles borderline : ils exigent cinq critères. Si le sujet en perd un, il ne l'est plus. Mais s'il le retrouve six mois plus tard, il le redevient ! Le temps est rond dans le monde anglo-saxon.

Les patients bipolaires (et ils sont de plus en plus nombreux), traqués dès l'enfance par certains chercheurs, classés et sous-classés indéfiniment par d'autres, n'ont plus le droit de se reposer après les cimes et les abîmes, les montagnes et les gouffres que leur « vie biologique » les oblige à traverser. Le DSM ne considère tout simplement pas la possibilité pour le diagnostic de trouble maniaco-dépressif de périodes de calme. Accessoirement, ce choix, comme celui de dépister des TDHA, précurseurs de troubles bipolaires, dès l'enfance, permet d'augmenter les prescriptions en démarrant tôt, et en ne s'autorisant plus de fenêtres thérapeutiques.

Mais tout cela, c'est déjà une histoire ancienne, avalisée. Le nouveau défi est la tentative d'éradiquer la notion d'états

limites en développant des recherches pour confirmer l'option qu'ils sont des schizophrénies ou des maladies maniaco-dépressives en germe ou en puissance.

Les Russes avaient inventé avant la chute du Mur le diagnostic de « schizophrénie torpide », maladie psychotique sans symptôme manifeste mais dont on pouvait percevoir le bourgeonnement. Ce qui leur avait permis d'interner leurs dissidents politiques. Les états limites ne sont pas des dissidents sociaux. Dissidents familiaux presque toujours, dissidents poétiques parfois seulement.

5.

Comment se débarrasser du sexuel

L'exemple de l'hystérie et des états limites

« La répression de la vie sexuelle naturelle des enfants et des adolescents vise à structurer des défenseurs consentants et des reproducteurs de la civilisation mécaniste et autoritaire. »

Wilhelm Reich,
La Psychologie de masse du fascisme

La limite des états

Il n'y a plus de bonnes vieilles névroses ! Tout le monde n'est plus que stressé, toqué, déprimé, hyperactif, bipolaire, inadapté, et les jeunes, en particulier, vraiment, dépassent les limites, entend-on dire tous les jours. Bref, il n'y a plus d'évaluation que quantitative et l'on ne s'étonnera pas, alors, qu'il n'y ait plus de réponse que quantitative, de la « tolérance zéro face à la violence » (que les Américains ont abandonnée car elle était non seulement inefficace mais contre-productive) aux subtilités du dosage et de la durée d'une prescription chimiothérapeutique et/ou cognitivo-comportementale.

Mais que faire quand un patient s'amuse à vous présenter toute une gamme de symptômes, des plus névrotiques aux

plus psychotiques, en passant par quelques troubles bien sentis de l'humeur et de désagréables aménagements pervers, fussent-ils défensifs ? *Borderline* est alors le mot et l'étiquette tendance depuis que les jeunes, avec un génie particulièrement pervers, s'amuse à déjouer les classifications et refusent d'entrer dans les cases inactives des manuels-diagnostic. Comme me le rétorquait une patiente à qui on avait affirmé, sans qu'elle ait rien demandé, qu'elle avait un trouble de la personnalité, et à qui j'avais répondu « Sûrement, comme tout le monde » : « Oui, mais moi, je suis une personnalité troublée. »

Les états limites sont les nouveaux « monstres³² » en tant qu'ils échappent à la logique classificatoire et aux grilles qui veulent les enfermer dans des cases. Ils errent sur tous les registres, de la névrose à la psychose, en faisant quelques embardées innocentes dans la perversion, en attrapant au passage toutes les comorbidités possibles. Impulsivité, automutilations, tentatives de suicide font signe à défaut de faire sens, témoignent de la part sombre et maudite à la fois (les maltraitances) et de la folie privée (les fantasmes) qu'elle génère. Il faudrait un télescope et pas seulement un microscope pour pouvoir analyser cela, car il faudrait voir non ce qui est, mais au-delà, très loin derrière, la ligne d'ombre de l'enfance qu'ils perdent de vue... et qui les affole. Leurs syndromes sont des « œuvres d'art », façon puzzle avec beaucoup de pièces qui accrochent et d'autres manquantes, forcément difficiles à définir. Mais il suffit qu'en cours de traitement une pièce même minuscule et imaginaire soit retrouvée pour qu'un pan entier de l'histoire apparaisse soudain et modifie le cours de leur existence.

L'approche dite scientifique « moderne » de la pathologie mentale récuse aujourd'hui le concept d'état limite. Selon les travaux d'Akiskal, les états limites seraient un regroupement hétérogène de troubles affectifs et

psychotiques, qui évolueraient de toute façon à l'âge adulte (prédiction déterministe qui s'arrangera à coup sûr pour être validée) vers des troubles bipolaires ou des troubles schizophréniques et donc devraient bénéficier (ce qui est déjà le cas) de l'utilisation d'un même traitement, c'est-à-dire, en l'occurrence, sans qu'aucune étude scientifique n'ait validé cette indication³³, les neuroleptiques qui, utilisés en phase aiguë, finissent bien souvent par être « laissés en place » dans une visée préventive. Ainsi, nous sommes en train d'« éliminer » les états limites : les adeptes des classifications, comme les tenants de l'approche lacanienne (qui restent dans la dualité psychose-névrose, récusant les états limites et même la dépression), semblent phobiques face à ce qui est mouvant, fluant... soit la vie psychique même.

Les difficultés diagnostiques des états limites à l'adolescence sont, il est vrai, importantes et pour de nombreux cliniciens les états limites peuvent s'apparenter ou se confondre avec d'autres pathologies. Beaucoup notent la grande proximité de la symptomatologie clinique avec les conduites addictives. L'association aux troubles de l'humeur est également extrêmement fréquente. Les états limites et les troubles narcissiques sont aussi très vulnérables aux somatisations du fait de la carence du fonctionnement imaginaire, de difficultés majeures dans les processus de symbolisation, et d'un rapport à la réalité marqué par un évitement de la confrontation à la réalité psychique interne insécure et menaçante.

Ces nombreuses « comorbidités » favorisent les évolutions vers de nombreux troubles associés. L'astructuration psychique qui caractérise les états limites est de fait marquée par un arrêt du développement des fonctions du moi qui, non fixé, établit les conditions d'un processus de fonctionnement ouvert, susceptible de régressions vertigineuses sans possibles paliers de fixation stables :

défaut ou dysfonctionnement de mécanismes névrotiques de défense contre l'angoisse, en particulier le refoulement ; présence de mécanismes de défenses de type clivage, déni, projection ; peu de mentalisation et crudité des fantasmes ; instabilité relationnelle et dimension d'impulsivité, de culpabilité, de remords ou d'autoaccusation, sans que cela présage d'un fonctionnement psychopathique ; bonne adaptation sociale apparente mais recherche d'une relation affective avec fréquent vécu dépressif abandonnique et quête de valorisation narcissique.

Nous avons une grande réserve à l'égard d'une approche structurale à cet âge, et notre propre approche est résolument dynamique. Son intérêt est d'admettre chez le sujet au fonctionnement limite la coexistence de niveaux régressifs structuraux différents qui alternent selon les moments de vie et les interactions affectives, sans pour autant penser qu'un niveau ne serait que défensif vis-à-vis de l'autre (même si cela peut être le cas, mais à un certain degré seulement), et qui peuvent s'emboîter, interagir, se contaminer... pour aboutir, pour le pire, à un surcroît de destructivité, pour le meilleur à un besoin de créativité. Ainsi, dans cette perspective, se dessinent les limites d'un moi à la grande variabilité.

Pas de mentalisation sans éros

Avec cette expansion de diagnostic de dépression chez les adultes et d'état limite chez les adolescents, sans que personne ne s'autorise à faire un lien entre les deux, est arrivée des pays anglo-saxons une théorie tendance qui permettrait de rendre intelligible et opérationnelle la psychanalyse, la théorie de l'attachement. Psychanalyse d'autant plus vendable qu'elle est débarrassée de tout ce qui fait problème au somato-psychique humain : l'affect, la sexualité, l'inconscient. Intelligible, donc facile à comprendre et pratique d'usage. Théorie, ça tombait bien,

particulièrement adaptée aux états limites et à leurs troubles de comportement.

Nous ne développerons pas plus avant les critiques³⁴ que nous formulons à l'égard de la théorie de l'attachement : nous voulons ici pointer l'impact de l'histoire d'une discipline sur la modernité ou pseudo-modernité des nouvelles théorisations qu'elle génère et développe. De la psychanalyse à la théorie de l'attachement, nous assistons clairement à un choix (qui appartient à la structure mentale de leurs concepteurs) de déssexualisation de l'être humain. Et voilà alors créée une psychopathologie vendable et accessible puisque débarrassée du principal tabou levé par Freud. Et nous redisons, tout en respectant les options et les hypothèses de chacun, notre sentiment qu'éviter l'éros (du désir jusqu'à la sexualité), c'est se débarrasser de ce qui fait conflit en l'homme et dans ses relations à l'autre, et à sa filiation, c'est dénier son animalité tempérée par l'affect puis la conscience, en un mot dénaturer et inventer une fiction-abstraction d'homme neuronal. Le pansexualisme freudien évidemment se discute mais la sécurité sans sexualité n'est pas la sérénité.

Chaque théorie, quel que soit le génie de celui qui l'énonce, est une demande de justification d'une problématique et d'accès à une normalité ou à une reconnaissance sociale. En matière de sexualité, les théories philosophiques émergent d'histoires collectives et personnelles à des époques particulières : honte (avec Freud), plaisir et volupté (avec Foucault), désir (avec Deleuze)... La théorie de l'attachement, quant à elle, est une théorie moderne de la prévisibilité qui ne dérange surtout pas la censure. La place des pulsions avec leur étayage objectal et le rôle du symbolique sont secondaires aux conduites programmées d'attachement, rendant caduque la théorie du narcissisme primaire.

Le nourrisson tout seul n'existe pas, son immaturité biologique nécessite le secours de l'autre. Cet autre est autrement plus complexe et son apport, verbal et infraverbal-comportemental, est imprégné de significations intentionnelles conscientes et d'autres inconscientes plus troublées. La réalité de ce « vécu-insu » par le nourrisson dans les interrelations précoces est au fondement de son narcissisme primaire, cette mémoire inconsciente agissante au sein et par-delà les rets d'une problématique étho-biologique d'attachement. Mémoire qui se réactivera dans l'après-coup dans certaines situations sollicitantes et sera à l'origine de décompensations tant dans l'hystérie que dans les fonctionnements limites. Pour nous, c'est bien l'aimantation pulsionnelle du sujet par l'objet qui génère la réflexivité et amorce le narcissisme primaire. Et, oui, le développement de ce narcissisme primaire et de la conscience réflexive est sous tutorat de l'objet. Cet objet-tuteur n'est pas assimilable au tuteur neutre qui permettrait à une plante de pousser droit.

La théorie de l'attachement nous apparaît phobique-évitante du pulsionnel et du sexuel. Il existerait un temps mère-enfant pré-érotique voire anérotique où se déploierait un instinct maternel primaire comparable à l'empreinte chez les oies de K. Lorenz. Si ce lien d'attachement purement biologique n'est pas à mettre en doute, c'est le fait qu'il ne soit pas d'emblée, du fait de la relation transcorporelle mère-enfant, infiltré et empreint de l'éros maternel qui pose question.

Les expériences sensorielles qui accompagnent la découverte par l'enfant de son propre corps, initiées par la mère, la première séductrice, la musicienne du silence, sont consubstantielles à la naissance de la psyché et contribuent à la construction de l'individuation et à la reconnaissance de son unité et de sa continuité. L'expérience désirante du corps de la mère pour le corps de l'enfant entraîne la satisfaction d'un besoin de part et d'autre. Besoin non

symétrique : le corps de l'enfant n'est pas, lui, d'emblée érotique, ce qui est le cas de celui de la mère et ce qui ne saurait être dénié... La satisfaction du besoin de l'enfant par le corps érotique de la mère crée les conditions d'une autosensualité (confusion besoin-désir) génératrice d'autoérotismes mentaux, dans une expérience commune fondatrice de la sexualité infantile. La théorie freudienne pose que l'inconscient est essentiel dans la genèse des processus de théorisation sexuelle et de symbolisation chez l'enfant. Et surtout que ce lieu où travaille la sexualité infantile est essentiel à respecter. En d'autres termes, c'est bien le lien érotique (capacité de rêverie et corps érotique) mère-enfant, et non pas seulement d'attachement, transcorporel narcissique, qui génère autosensualité-autoérotismes-sexualité infantile. Plus profondément, le plaisir délivré par le corps-à-corps est unificateur des sensations naissantes de l'enfant (le déplaisir entraîne l'éclatement des sensations) et participe à la construction dans une cohésion de l'identité corporelle de l'enfant.

Du sensible à l'intelligible, des sens (sensorialité-sensualité) au sens... Pas de mentalisation sans éros.

Les sentiments, surtout d'amour et de haine, ne supportent pas d'être attachés. Ces sentiments-là, dans la sphère privée plus que dans le commerce public, sont asociaux - fous et amoraux, disent certains. Le paradoxe qu'il ne faut pas lever, au risque de le perdre, est le suivant : il n'y a d'amour que s'il y a vacillation (tomber...), il n'y a donc pas d'amour dans la sécurité absolue, et il n'y a pas de sécurité sans l'intimité amoureuse et sa part de folie. Les exemples cliniques de ces dimensions dans les psychologies adolescentes sont multiples. On peut comprendre que ça déprime leurs parents.

Compulsion à mentaliser vs liberté à ne pas penser

La théorie de l'attachement fait ressortir l'importance de la qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement. Ce faisant, elle permet une exploration de la problématique de dépendance dans les états limites selon des modèles compatibles avec la biologie, la psychologie cognitive et les données de la psychologie du développement, et favorise le développement d'outils d'investigation scientifique qui s'accordent parfaitement au système DSM, qui permettent d'étudier ces interactions de façon systématique mais également, plus récemment, la manière dont elles sont intériorisées et contribuent à l'organisation de la personnalité. La réflexion autour de la place des expériences traumatiques dans la constitution du trouble limite de la personnalité a inspiré les travaux de Fonagy³⁵ mettant en exergue les liens entre expériences traumatiques, défaut de mentalisation et développement d'un trouble limite de la personnalité.

Le patient limite recourrait de façon prédominante à un « mode actuel » de fonctionnement où les idées constituent des répliques directes de la réalité externe sans recours possible à la représentation. Cette carence du développement reposerait sur la double hypothèse d'une soumission à des traumatismes infantiles répétés et de l'impossibilité à créer une relation d'attachement sécurisée dans son environnement par l'enfant. De fait, l'existence d'une telle relation, autorisant l'accès à une « théorie de l'esprit » et à la « capacité réflexive », jouerait le rôle d'un facteur de résilience, permettant l'intégration du traumatisme. L'absence d'un environnement adéquat expose l'enfant à l'anticipation d'une douleur psychique intolérable. La seule alternative du patient limite consisterait en un désaveu de sa capacité réflexive, capacité à concevoir désir et intentions de l'autre, afin d'éviter de se confronter à cette douleur psychique. Le

renoncement à cette capacité réflexive le placerait alors dans l'incapacité de résoudre ses expériences traumatiques. L'incapacité à se représenter les états psychiques de l'autre, en regard de cette défaillance de la réflexivité puis de la mentalisation, serait à la base de la violence et de la cruauté, ce qui peut arriver à se constituer et à s'organiser comme un véritable mécanisme de transmission intergénérationnelle de l'abus.

On le voit, rien de bien neuf depuis Winnicott et la construction du sujet au et en miroir du visage de la mère et les développements de défenses par insensibilisation, de gel affectif de l'école psychosomatique de Paris. Absolument rien de nouveau du point de vue théorique, mais beaucoup de concentration sur le cognitif : au détriment de l'affect et du corps, et quasi-absence d'évocation des processus inconscients et de l'impact de la sexualité infantile. La question est d'importance si on prend en considération, ce qui est l'essentiel, les applications thérapeutiques d'une telle approche³⁶. Quelques essais contrôlés randomisés de psychothérapies structurées selon ce modèle ont été publiés. Face à l'hypothèse d'un défaut de mentalisation chez les patients borderline était proposée une psychothérapie permettant dans le lien avec le psychothérapeute de tenter de raccorder un sens à ce qui était vécu, *ici et maintenant*, et dans l'histoire du sujet, sans interprétation génétique³⁷. Cette psychothérapie basée sur la mentalisation a pour but annoncé d'optimiser la capacité à améliorer les comportements dans les relations interpersonnelles, notamment lors de situations avec une charge émotionnelle importante.

Cette ambition de renforcer la mentalisation des patients limites, via le déplacement d'une « mentalisation automatique-implicite vers une mentalisation explicite-contrôlée³⁸ », outre qu'elle présuppose des modalités générales de fonctionnement mécanicisées qui se discutent,

ne prend pas suffisamment en considération, selon nous, ce que Winnicott a pointé avec sa notion de « faux-self », à savoir le risque d'un colmatage orthopédique. Contrôler ses affres intérieures n'est pas élaborer. C'est même le contraire : c'est trouver un moyen de ne pas s'en séparer, de les garder bien gentiment au froid.

Mais la théorie de l'attachement a cette qualité d'être très séduisante, car rassurante pour les patients comme pour les médecins.

L'hystérie ou la mémoire du futur

Ce qu'avance la psychanalyse, et qui nous semble annulé dans les approches catégorielles quelles qu'elles soient, peut tenir en une phrase : l'homme est un être historique et n'a rien de définitif. Cette vision ne veut pas dire qu'il n'est que le fruit de son histoire et que rien n'est déterminant, mais que ce qui est mobilisable, ce sont justement les zones frontières entre ce qui le meut y compris biologiquement et ce qu'il parvient à mouvoir. L'hystérie et aujourd'hui les fonctionnements limites sont peut-être les dernières « populations » de patients qui songent encore à la recherche d'un corps et d'un sens qui ne soient pas enfermés dans des cases.

L'approche catégorielle des personnalités pathologiques, qui suppose une stabilité temporelle des traits relevés, voit des études de plus en plus nombreuses montrer au contraire leur peu de stabilité. À titre d'exemple, une étude récente sur la personnalité limite³⁹ a montré que, sur un suivi de six ans d'une cohorte de 362 sujets répondant aux critères de personnalité limite selon le DSM IV, moins de 30 % répondaient toujours aux critères à l'issue de cette période. La saisie des symptômes à un moment donné ne permet absolument pas la caractérisation de l'affection, mais en favorise incontestablement la stigmatisation.

Face à ce constat que le vivant est toujours fluant, ce qui frappe lors de l'utilisation du DSM IV, c'est qu'à la débauche d'énergie déployée par les auteurs pour le fixer, répond une nécessaire et non moins grande énergie pour le psychiatre s'il veut parvenir à « caser » certains patients. C'est que la carapace conceptuelle qui tend à vouloir résumer à une formule symptomatique définitive un sujet soumis à de profonds bouleversements, tant biologiques que psychologiques, est par trop rigide.

L'exemple de l'hystérie est à ce titre révélateur. Elle qui n'était pas et ne serait jamais définissable a vu les portes de la taxonomie se refermer sur elle, ce qui ne l'empêche pas de se poser, au gré de ses propres adaptations symptomatiques, dans des cases aussi disparates que troubles somato-formes, troubles dissociatifs, troubles factices, psychose réactionnelle brève, état limite... Cette dilution du concept de névrose hystérique n'est pas anodine puisqu'elle la coupe de ses racines et connexions psychologiques, car, comme le souligne Daniel Widlöcher, « en liant la conversion hystérique à l'ensemble des troubles à expression somatique, leur explication se trouve réduite au rôle des facteurs déclenchants récents et à celui des bénéfices secondaires⁴⁰ » : on exclut ainsi l'essentiel, les bénéfices primaires inconscients. Mais il y a plus grave et plus intéressant. Si, comme nous le pensons, l'hystérie épouse son époque et ses médecins, l'évolution de son symptôme majeur, la conversion vers plus de somatique jusqu'au biologique, la rend encore plus insaisissable. Et le système DSM s'en saisit avec les nouvelles affections attrape-tout : fibromyalgies, syndrome métabolique, trouble disphorique prémenstruel, irritabilité intestinale.

S'attacher à décrire les différentes manifestations de l'hystérie peut se comparer à l'attitude quelque peu agacée que peut avoir un voyageur en mal de cerner les us et coutumes d'un pays étranger, ne sachant pas la langue et

ne se donnant pas la peine de l'apprendre, ne jugeant tout ce qu'il voit qu'à l'aune de son unique savoir. Plus le regard est vissé sur une clinique qui ne cesse de se mouvoir jusqu'à parodier la médecine et la psychiatrie médicale, moins il voit que c'est dans ce vrai-faux semblant que se cache l'essence même de la maladie. Le problème avec l'hystérie, c'est qu'elle ne se contente pas de narguer la médecine et la psychiatrie médicale, qui reste pour elle un partenaire idéal, elle grimace aussi le monde social. Son discours flamboyant du XIX^e siècle à la morale puritaine a varié sensiblement avec l'avènement d'une société industrielle : on a vu apparaître des symptômes de moins en moins externalisés, réalisant un véritable enfouissement viscéral des affects, lorgnant vers la psychosomatique et l'hypocondrie. Puis, depuis quelques années, la symptomatologie bruyante est revenue au premier plan, comme si l'hystérie répondait au lâchage pulsionnel et à la violence sociale par des manifestations plus crues alternant avec des phases de dépression névrotique classiques, qui la font volontiers étiqueter « état limite ». L'hystérique suscitera toujours la violence d'abord cérébrale qui tente de la cadrer dans un système nosologique, puis physique avec une multiplication d'examens invasifs et de traitements durs, et continuera à déprimer son médecin, le rendant pessimiste sur sa valeur de soignant.

Annulations : les perversions au placard

Les névroses ont disparu des classifications anglo-saxonnes. La bonne conscience sociale veut croire en des gens parfaitement sains, sous-entendant qu'il existerait une société saine ayant définitivement contenu la nature sauvage par on ne sait quel miracle biologique... À Vienne du temps de Freud, la société réprimait l'expression trop pulsionnelle des désirs, conférant ainsi à la sexualité une place prépondérante dans la genèse de troubles appelés

névroses. Faut-il croire qu'avec la liberté sexuelle, chacun désormais peut trouver son plaisir dans l'exercice maintenant assumé et publicitarisé de cette liberté de « jouir sans entrave » ? C'est méconnaître que le plaisir ne peut être que secret ou tout au moins discret sous peine de s'évaporer. Et vraiment, peut-on croire que ce soit depuis les pays anglo-saxons qu'un modèle hygiéniste et puritain des « liaisons dangereuses » nous fasse accéder à la volupté ? Reconnaissons à ces pays de grandes qualités et innovations, mais certainement pas en cette matière ! Il n'est qu'à voyager aux États-Unis pour observer les effets dévastateurs du puritanisme infantilisant, glorifiant jusqu'à la nausée l'amour « primaire » que l'on doit (sans ambivalence) à ses parents et celui, « tertiaire », que l'on doit (toujours sans ambivalence) à ses enfants, tandis que la générosité de chair qui accompagne physiologiquement la générosité de cœur dans l'amour « secondaire » entre pairs est si étroitement réglementée qu'on se demande comment le désir peut s'y faufiler.

Heureusement pour le DSM, le désir, quand il ne peut être socialement marchandé pour éviter de s'épuiser à consentir, est recyclable dans la médecine sous forme de maladies ou de handicaps purement physiologiques et non psychopathologiques : pour les femmes le FSD (dysfonctionnement sexuel féminin) et, depuis 1992 déjà, pour les hommes le dysfonctionnement érectile qui a remplacé l'ancienne impuissance. L'idée que ces défaillances ne puissent être qu'organiques - ce qu'il faut vérifier -, et non pas dû à la baisse de l'intérêt sexuel pour son partenaire quotidien ou aux effets naufrageants sur le désir de l'âge, n'a pas effleuré les concepteurs de ces maladies, ni les laboratoires qui se sont engouffrés sur ce marché.

Il nous apparaît que le modèle anglo-saxon imposant ses conceptions sur le sujet à tout ce qui l'avait précédé, sans en tenir le moins du monde compte, a fait de la sexualité

l'épreuve type où le sujet accéderait à la vertu ou au vice. Au risque que le moindre écart ne soit rapidement jugé d'abord illogique puis immoral, puis déviant. Susan Sontag⁴¹ résume bien notre propos : « L'intérêt théorique que l'on porte, en France, à la personnalité de Sade, demeurant fort incompréhensible pour des intellectuels anglais et américains, pour qui Sade est peut-être demeuré un cas exemplaire du point de vue de la psychopathologie individuelle aussi bien que sociale, mais qu'il semble inconcevable de vouloir prendre au sérieux en tant que "penseur" capable de dépasser son propre cadre historique. » C'est étonnant (mais si peu) qu'il n'en soit pas de même pour Sacher Masoch. Le masochisme passe là où le sadisme est refoulé, et en Amérique, le masochisme des petits déviants quant à la sexualité normée est à la hauteur de leur vœu de rédemption. Ce n'est pas le lieu ici de parler plus avant des discriminations des courants sadiques et masochistes dans les différents pays et les différentes cultures, mais c'est une façon de poser que la question des « perversions », en dehors d'être une question de morale, est étroitement dépendante de la socioculture de l'époque. Et pour ce qui concerne une classification des maladies mentales, de la perversité froide ou brûlante des psys... Prenons un seul exemple : celui de l'homosexualité qui n'est plus tout à fait, bien heureusement, considérée comme une maladie - quoique certains continuent à traquer le génome pour y déceler une vulnérabilité -, mais reste pour bon nombre une « perversion »... tout en devenant une question collective politique.

Après les névroses, les perversions ont perdu droit de cité dans les classifications, permettant d'enterrer définitivement l'apport freudien de la sexualité infantile : l'enfant ne saurait être un polymorphe pervers, c'est-à-dire un anthropomorphe, informe et indéterminé, dont la construction corporelle et psychique est sous le sceau de

l'érotique. Il n'y a plus d'incertitude dans les classifications : il y a désormais l'homme sain et les paraphilies. Les animaux humains de l'espèce comptable qui président à la genèse des DSM ne sont pas (non par nature mais par culture) disposés à la confusion des sentiments et ne peuvent imaginer le mélange détonant que peuvent donner le désir et le deuil quand le secours passe dans le bordel des sens plutôt que dans le recours au sens religieux.

Les classificateurs oublient que la nature ne fait pas de calculs, mais des expériences dans lesquelles le sujet verse plus qu'il ne les choisit et où il peut se perdre comme se trouver. Et ce très tôt, dès l'enfance, où la sexualité est avant tout curieuse et exploratrice, et fait prendre au petit d'homme de drôles de chemins..., chemins que les parents qualifient de bons ou de mauvais, de gentils ou de méchants. Dès l'enfance, presque tout est décidé... quelques détails peuvent être modifiés mais bien souvent le sujet est celui à qui déjà ses parents ont composé une existence, faite de leur passé et de leurs désirs. Dans les pathologies mentales graves, la culture des émotions et du plaisir se joue à l'aune d'un accident dans le développement qui borne le commencement à être, tandis que chez le sujet sain, il y a tant bien que mal cette possibilité de plusieurs commencements, le second corrigeant les déficits consentis dans le premier. C'est ce qui explique en partie que bien souvent le malade passe à l'acte, tandis que l'homme « sain » peut se satisfaire de passer aux actes. Mais, dans les deux cas, c'est toute leur vie d'homme que le dilemme quant à savoir si ce qui les a amenés à faire est sain ou pervers durera.

Les perversions sont-elles des tares génétiques ou des déviations de la santé ? Les perversions sont-elles des tendances naturelles du désir sexuel que les sujets névrotico-sains ont réussi à sublimer ou convertir, ou même transcender, ou sont-elles à exclure du registre non seulement d'expression mais de la pensée humaine ? À

l'instar de « névrose », le mot « perversion » a été éliminé des classifications psychiatriques anglo-saxonnes. La perversion a « mauvaise presse » outre-Atlantique. Le grand public n'en retient que l'aspect hautement pathologique, criminel : celui de nier l'altérité de l'autre, ce qui se retrouve jusque dans la perversion narcissique assimilée jusqu'au ridicule au concept en vogue de harcèlement moral. Aussi, au concept de perversion évoquant par trop le freudisme et la sexualité infantile, puis trop contaminé par le jargon judiciaire, on préfère aujourd'hui celui de « paraphilie⁴² » qui n'en permet plus la compréhension.

Michel Foucault, que les jeunes Américains de New York ou San Francisco aiment à étudier, comme ils aiment à idéaliser Paris, affirmait le fait irréductible qu'« aucun contact sexuel aussi simple soit-il n'est imaginable hors des cadres mentaux, des cadres interpersonnels et des cadres philosophiques et culturels qui en construisent la possibilité. La transgression éventuelle n'implique pas l'ignorance des cadres mais révèle seulement une manière particulière d'en user⁴³ ». Peut-être moins par désir et choix que par pulsionnalité et nécessité... mais dans un équilibre-déséquilibre qui est la vie même. La formidable démocratie vivante que sont les États-Unis nous offre désormais le spectacle édifiant du combat entre de vieux conservateurs qui tentent de classer les « perversions » sexuelles et de jeunes militants lobbyistes qui poussent pour les déclasser. Homosexualité, transsexualisme sont sortis du DSM, le trouble de l'hypersexualité bientôt dénommé addiction sexuelle y est entré. Et enfin la définition de la pédophilie a été élargie par l'inclusion des adolescents pubères dans les « objets » du pédophile, « l'attirance sexuelle pour les grands adolescents ».

Et ça ne dépendrait pas de l'évolution de la culture américaine sur la sexualité ? À suivre... Nous attendons, avec une certaine impatience et curiosité, les nouvelles

entrées et sorties, après les « amuse-bouches » qu'ont été l'« anxiété sociale » (ancienne timidité) et le « dysfonctionnement neuro-développemental » (ancienne paresse). D'ici là le DSM, dirigé par des pharmaciens, tentera de circonscrire la folie fascinante des hystériques et des borderlines.

6. **Tout le monde est bipolaire**

Dans le film de James Gray *Two Lovers*, un « trouble bipolaire » tombe follement amoureux d'un « déficit de l'attention avec hyperactivité » : c'est ainsi qu'ils se présentent d'emblée l'un à l'autre, lors de leur première rencontre dans l'escalier de leur immeuble au sortir brutal de leur appartement, après une énième dispute avec sa mère étouffante pour lui, et pour elle, une énième dispute avec son père éméché. Quand ils en viennent à évoquer leur passion amoureuse, ils se lancent, l'un à l'autre, ces doux mots d'amour : « Tu es vraiment barge ! » « Et toi tu es complètement jetée »... À la fin du film, l'hyperactive quitte le bipolaire pour filer le « parfait amour » avec un homme qui pourrait être son père (ça tombe bien, elle avait de sérieux problèmes œdipiens avec le sien). Et lui rentre piteusement dans l'appartement de ses parents, pour accepter, lors d'une soirée organisée à cet effet, d'épouser une femme de son clan au plus proche de sa mère (ça tombe bien, il avait beaucoup de mal à s'en séparer). Autant dire encore un film sur la rencontre entre l'obsessionnel qui se rêve mélancolique et l'hystérique rancunière. Rien de bien nouveau ! Si ce n'étaient les diagnostics et les traitements. Hagop Akiskal, psychiatre et chercheur de renommée internationale, a fait carrière dans les troubles bipolaires... Il a fini par en concevoir (entraînant beaucoup d'autres à sa suite) une façon de voir le monde bipolaire ! Et

comme le temps d'une vie est trop court pour changer d'option quand celle que l'on a choisie a réussi, il a accompli l'exploit de décliner le monde en une infinité ridicule de sous-groupes de bipolarité. Dès lors, en Occident, il est difficile d'échapper à sa grille diagnostique arachnéenne pour ceux qui ont quelques difficultés à réguler, non leurs émotions, mais leur sentimentalité.

Passé encore pour les adultes, chez qui souvent l'horloge biologique et psychologique connaît quelque fatigue ; ça n'est plus ça, et ça déstabilise à défaut de faire renoncer. Mais les adolescents n'ont pas été épargnés : Blader et Carlson ont révélé qu'entre 1994 et 2003 le nombre de consultants en pédopsychiatrie étiquetés « trouble bipolaire » était quarante fois supérieur et que le taux d'admission hospitalière avec un diagnostic du trouble bipolaire à cet âge était passé de 1,3 à 7,3 pour 10 000 entre 1996 et 2004. Pour pallier cette « augmentation dramatique », le groupe de travail chargé de faire des propositions pour le DSM V a inventé une nouvelle catégorie spécialement pour cet âge : *Temper Dysregulation Disorder With Dysphoria*. Aucun adolescent un peu rêveur n'y échappera.

Joseph Biederman et son équipe du Harvard College Institute ont multiplié la traque autour du diagnostic en vogue de TDHA, et depuis il est difficile aux enfants et adolescents un peu agités par leurs fantaisies pubertaires (pré-, per-, post-) d'échapper à l'étiquetage du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité⁴⁴. Cette même équipe, et elle seule, a mis en évidence des liens entre le TDHA dans l'enfance et les troubles bipolaires à l'âge adulte, ouvrant la voie à un traitement préventif et donc à un immense marché. Depuis, faute de données épidémiologiques, expérimentales et thérapeutiques, le lien entre les deux troubles est qualifié de faible.

Le fait que le TDHA ait été surdiagnostiqué grâce entre autres à la création d'échelles d'évaluation pour les parents et les enseignants, au mépris de l'impact de leur implication, générant la révolte des pédiatres, n'a pas été l'objet de débats. Laisser des parents évaluer et coter leurs enfants est une aberration... face à ceux qui, déçus par leur enfant si différent de l'enfant imaginaire, vont le sur- ou le sous-coter pour que la science objective le vice de forme déculpabilisant ou confirme leur masochisme. Si l'on en croit la clinique quotidienne qui montre que la majorité des symptômes chez l'enfant sont peu ou prou le témoin d'un lien familial dysfonctionnant..., alors laisser l'un des protagonistes de ce lien évaluer ce dysfonctionnement est proprement... dysfonctionnant. Mais le DSM V ne croit pas à l'impact des passions incestueuses ou froides dans les familles. Pour lui tous les troubles de l'enfance sont des « *neurodevelopmental disorders* ». Les pédopsychiatres connaissent tous beaucoup plus de parents d'enfants surdoués que d'enfants surdoués, et aussi beaucoup de parents d'enfants pseudo-hyperactifs rêvant de calme et de béatitude absolue. Comme nous connaissons quelques parents bipolaires d'enfants bipolaires qui préfèrent que l'on ajuste le traitement de leur enfant parce qu'ils le préfèrent un peu plus bas, fût-ce déprimé, nous connaissons aussi quelques mères anorexiques de filles anorexiques qui, dans la négociation du contrat de poids de leur progéniture, nous orientent avec vigueur soit à la baisse, soit à la très forte hausse du poids, selon leur degré de projection. Tout cela ne veut évidemment pas dire que le TDHA n'existe pas, ni que les parents sont horriblement coupables des troubles de leurs enfants. La question centrale est celle du rythme des échanges entre parents-enfants, rythme d'où prend sens le comportement des enfants. Le surdiagnostic de TDHA n'a guère été plus discuté en référence au contexte social et politique : intégration du TDHA dans la liste des pathologies prises en charge aux États-Unis ; remise sur le marché de la

Ritaline (une amphétamine utilisée dans ce trouble en Angleterre dix ans après son retrait) ; concentration des recherches pharmaceutiques pour trouver des traitements précoces face à la mise en évidence d'une sorte de continuité des troubles en particulier anxieux et dépressifs de l'enfance à l'âge adulte. De même n'a-t-on pas suffisamment évoqué les différences entre les items diagnostiques dans les classifications américaines (DSM IV) et européennes (ICD 10) par ailleurs très voisines⁴⁵ : le DSM n'exclut pas que certains troubles (anxiété, dépression, trouble dissociatif, trouble de la personnalité) soient associés au TDHA (comorbidité), contrairement à l'ICD 10. Le marché n'en est que plus étendu.

De même, concernant les troubles bipolaires, le DSM IV n'estime pas que la mise en évidence de périodes de thymie normale entre les crises soit nécessaire, ignorant ce faisant ce que la clinique quotidienne montre : à savoir le caractère cyclique du trouble et la présence d'intervalles libres. Mais n'ignorant peut-être pas que ce faisant on peut décrire (dans ces intervalles libres qui n'existent pas) des formes continues nécessitant des traitements continus... c'est-à-dire à vie. Ou comment une interdiction scientifique de sortir de son trouble ouvre là encore un marché considérable.

Soulignons un fait scientifique important concernant le poids de la génétique et de la biologie dans les troubles bipolaires : d'une part, tout le monde s'accorde à penser qu'il existe une composante génétique, certes très importante mais non un déterminant absolu⁴⁶ ; d'autre part, les études évaluant l'« héritabilité » d'un trouble de l'humeur dépendent étroitement des critères diagnostiques utilisés. À titre d'exemple, et sachant que bon nombre de cliniciens s'accordent pour penser que les critères diagnostiques d'épisode dépressif majeur sont particulièrement larges, l'héritabilité d'un épisode dépressif

majeur passe de 0,43 si les critères diagnostiques utilisés sont ceux de l'ICD 10, à 0,79 avec les critères DSM III-R.

Cette notion d'une vulnérabilité génétique pour les troubles maniaco-dépressifs et cette polarisation de l'affection ne doivent donc pas éluder la nécessité d'une compréhension psychodynamique des bouleversements maniaco-dépressifs. Une fois de plus, les approches biologisantes négligent le moteur des interactions fantasmatiques et des représentations que se fait le sujet du biologique en général (de son biologique en particulier) et de l'articulation des deux lorsqu'il s'agit comme ici d'une maladie « familiale ». Or négliger l'« hérédité vécue⁴⁷ », qui instaure une très grande diversité de réponses pour un système plus probabiliste que déterministe, nous semble une erreur.

La place accordée aux déterminismes (quels qu'ils soient) est toujours majorée par simplification ou paresse, voire par une idéologie (qui colle à l'air du temps) alors que la force autonome du psychisme et celle de ce même psychisme en mouvement objectal chez un sujet singulier sont minorées. Même face à une affection qui comporte indiscutablement des déterminants génétiques (et non une détermination ou un déterminisme), le praticien se trouve confronté à une pluralité de logiques (biologique, psychopathologique, sociale...), à l'incidence causale de leur sommation, et surtout (dans une perspective thérapeutique) à ce qui compte davantage, à savoir le potentiel différentiel des différents éléments associés entre eux.

Posons que, de même qu'il n'y a d'invariants biologiques définitifs⁴⁸, il n'y a d'invariants psychopathologiques définitifs et qu'en particulier les anciennes appellations de folie et de psychose maniaco-dépressive sont inadaptées : les troubles bipolaires n'appartiennent pas au registre psychotique, schizophrénique, il n'y a pas d'atteinte définitive de l'organisation du moi. Les moments délirants

sont sous-tendus par le surgissement brutal et l'intensité et la massivité d'affects débordants en regard d'un socle pulsionnel instable... Et l'on n'assiste pas à ce que l'on observe régulièrement dans la psychose, à savoir des mécanismes de morcellement qui témoignent d'un effondrement du moi et sont à l'origine d'un affaiblissement intellectuel. Les bases neurobiologiques doivent bien sûr être prises en compte mais plutôt dans la mesure où elles organisent une sensibilité et une vulnérabilité que le sujet doit penser, seul ou étayé par sa famille, ou à défaut qu'il ne peut qu'organiser en base d'appréhension relationnelle et qui seront alors source de rechutes.

L'allègement des contraintes biologiques par le traitement médicamenteux est primordial, car il donnera plus d'importance à l'histoire du sujet et à ses modes d'organisation et de défense, comme aux particularités d'une dynamique familiale à laquelle ces sujets vulnérables sont toujours très sensibles. Les conflits liés à l'environnement (soumis à forte sollicitation), qui sont souvent l'élément déclencheur du trouble, peuvent alors, s'ils sont suffisamment pris en compte, être le possible moteur d'une réorganisation positive.

7. Comorbidité : les méfaits d'une raison déraisonnante

Le système DSM se veut scientifique. C'est pourquoi, après avoir adopté un modèle interne (positif, ça va de soi) qui ne croit qu'aux corrélations statistiques avérées, il manipule les symptômes - indices qu'il ne considère pas comme des constructions complexes et variables et qu'il renonce à comprendre. Il ne supporte pas le moindre commencement d'explication et a ce parti pris fou de traiter objectivement tout être humain. Il se méfie des idéologies, surtout celles cherchant pour les hommes un sens commun, mais il ne craint ni la superficialité ni la marchandisation des produits dérivés de son entreprise.

Le territoire statistique du DSM doit rester vierge de toute interprétation, c'est là son credo ! Autant dire qu'est dénié ceci que les faits communiquent entre eux, fût-ce de manière souterraine. Il y a même pire, et c'est là ce que nous allons développer : les symptômes aussi communiquent entre eux, et de manière avant tout logique et économique, absolument pas folle. Mais aussi, évidemment, de façon affective. Et si la science recherche des corrélations statistiques, voire évalue les poids respectifs des symptômes comorbides, elle est impuissante à qualifier les affinités particulières entre deux symptômes,

comme les liens entre deux événements. C'est là la folie, au sens de passion, du psychanalyste que de vouloir lier et assembler les faits et les symptômes pour retrouver l'événement qui fait histoire pour le sujet. Ainsi tel fait récent fait affleurer tel événement passé dans un temps perdu qui, chez le malade, ne demande souvent qu'à être régressivement retrouvé ou au contraire fortement dénié. Il s'ensuit que, si ce lien créé par le patient et/ou le thérapeute par intuition ou analogie est toujours fictif, au sens où il ne peut être qu'une réminiscence, reviviscence, ressouvenir, toujours recomposé pour lier et/ou pour nier, cela importe peu puisque ce qui compte, pour le sujet, c'est moins l'histoire réelle que sa forme inventée. Et que ce qui compte vraiment pour le thérapeute, c'est moins le matériau que le processus. Et le processus est abouti quand le sujet a réussi, accompagné par son thérapeute, à « en » « repasser par là » et qu'il ne garde plus dans un huis clos morbide ce qui l'aliénait, en le versant dans le domaine public. Pour le psychanalyste, ce qui importe, c'est donc ce cheminement toujours aléatoire quant à son devenir et non un but de guérison à tout prix.

Non pas que la psychanalyse ne veuille soulager son patient, ou que la guérison ne viendrait que « de surcroît », critique justifiée quand elle s'adresse à des explorateurs de la psyché aventureux et sans expérience. Mais il y a que l'a priori d'efficacité, s'il est omnipotent, risque de modifier tout le projet. Il faut se méfier des techniques réadaptatrices qui, en clôturant trop vite le compte, risquent de concrétiser les pertes, voire de générer un énième symptôme « comorbide » qui marquera la résistance du patient à être soldé... à si bon compte.

La notion de comorbidité, issue de la médecine interne, nous semble critiquable par le fait qu'elle ne préjuge pas de la relation séquentielle de deux troubles (et ne laisse donc aucune place à la fonction du symptôme dans l'économie psychique d'un patient où un symptôme comorbide enrichit

la connaissance du premier symptôme), parce qu'elle génère une recherche d'un lien de causalité biologique (bien qu'elle s'en défende) et qu'elle ne sous-entend que des formes d'évolution négatives.

Ce concept ressemble par trop à un discours mathématique qui privilégie l'étude des proportions au détriment de celle des relations, et qui risque d'aboutir au développement d'analyses de structures supposées invariables. Appliqué au sujet humain, vu comme un cas et non comme une personne, ce concept, très rapidement, ne tient pas et témoigne de la défaillance du système. Jusqu'au ridicule quand on voit ce que des patients ainsi codés peuvent se « coltiner » de colliers de comorbidités.

Étudier les ordres de grandeur des différents symptômes est une chose, apprécier leur poids effectif dans la structure et leur mobilité à l'intérieur de celle-ci en est une autre. Un symptôme comorbide se doit d'être étudié en référence au moment où il survient, à l'état psychopathologique où il s'intègre, à sa fonction dans celui-ci, et aux propriétés qu'il en acquiert. C'est ici privilégier l'aspect dynamique de la structure psychique. Le méconnaître, c'est prendre le risque de demeurer dans une connaissance mathématique où, si la perception des symptômes en référence à la clinique psychiatrique et leur regroupement dans un même cadre contiennent des données objectives, il n'en demeure pas moins vrai que la nature de leur agencement étant éludée, leur compréhension est fautive. Éluder le lien qui unit deux symptômes « comorbides », c'est, nous semble-t-il, penser à tort que le tout n'est que la somme des parties qui le constituent.

Rassurons-nous : le DSM progresse à chacune de ses livraisons... On vient de comprendre que des liens existaient entre les différents symptômes puisqu'on doit désormais appeler le second symptôme qui « comorbide » avec le premier : « trouble adaptatif déviant ». On progresse donc... mais dans quel sens ?

Le passage plus ou moins achevé d'une constellation symptomatique à une autre dans un trouble psychiatrique donné n'est pas une « déviation » par rapport à un axe morbide biologique intangible, comme le présupposent les concepteurs du DSM, qui engagent ainsi à étudier, dans leur analyse des troubles des conduites chez l'enfant, une courbe d'évolution comportementale (avec une association chronologiquement régulière de symptômes de plus en plus graves) comme une courbe de poids, de taille et d'intelligence. Quelle monstruosité de concevoir ainsi l'être humain et de ne pas tenter de prendre en compte que le symptôme comorbide résulte des modulations de la structuration psychique en fonction des heurs et malheurs de la vie du sujet et de leur résonance avec son histoire ! Les nouveaux éléments symptomatiques marquent les aménagements nécessaires au rétablissement d'un certain équilibre de la structuration. Surtout, c'est dans l'évolution qui précède ce rétablissement que sera perceptible la nature de la fragilité des assises. C'est dans le rapport de force entre ce qui était dans l'ombre (la permanence d'une problématique centrale) et ce qui était faussement lumineux (le symptôme comorbide) que s'évalue l'opportunité de nos interventions.

Fait important négligé par certains psychanalystes : on ne peut plus exclure que la force et la permanence du symptôme façonnent la structuration psychique du sujet. Mais il semble qu'il soit difficile pour les tenants du DSM de penser qu'autour d'une personnalité, quelle que soit sa structure (névrotique, psychotique, ou limite), la gestion d'angoisses plus ou moins archaïques puisse entraîner ce que l'on appelle les symptômes comorbides : ruptures dépressives ou psychotiques, manifestations anxieuses ou psychosomatiques, etc., et que toute cette constellation puisse être éclairée par l'étude de sa biographie.

Tout cela est pourtant important pour l'affirmation diagnostique, mais aussi pour la stratégie thérapeutique.

L'exemple le plus révélateur est celle à adopter face au développement de co-addictions chez une personnalité dépendante. En fonction de l'approche que l'on a du concept de comorbidité, le traitement visera soit à annuler par un traitement médicamenteux ou des thérapies cognitivo-comportementales chacun des symptômes, soit à en tolérer certains tant que la problématique centrale de dépendance n'a pas été révélée ou élaborée. Des dimensions psychopathologiques communes à l'ensemble des conduites de dépendance (troubles des conduites alimentaires, toxicomanie, alcoolisme, tentatives de suicide à répétition...) créent le lit d'une addiction qui se matérialise en fonction de données biologiques, psychologiques, socioculturelles. Ce qui nous fait regrouper des conduites de dépendance apparemment différentes repose sur des constatations cliniques très voisines apparaissant dans les différents troubles et qui traduisent une problématique commune : nous concevons la place, le rôle et la fonction du symptôme addictif dans ces conduites en tant que défense contre des affects dépressifs non structurés, pressentis dangereux, et en tant qu'élément permettant d'accéder à une jouissance solitaire ou autostimulant face à un sentiment de vide désorganisateur.

Les conduites de dépendance peuvent ainsi être appréhendées comme des défenses corporelles et comportementales vis-à-vis de l'intrusion d'affects résonnant dangereusement avec des fantasmes archaïques. Cette intrusion fait peser la menace d'une dépression grave. Le colmatage par la conduite addictive n'est le plus souvent que transitoire.

Cette place de la dépression nous apparaît centrale. Sa nature est variable en fonction de la personnalité sous-jacente : elle peut ainsi témoigner dans les cas graves d'une remise en cause identitaire, c'est-à-dire qu'elle touche plus profondément l'estime de soi. Mais, schématiquement, la conduite addictive peut se comprendre comme une lutte

antidépressive : elle vise à combler un sentiment de vide effrayant et insupportable, ou à éviter l'émergence d'un vécu dépressif. La répétition de ces conduites enferme le patient dans un mode d'expression marqué par la rupture.

On le voit, l'individualisation des troubles de la personnalité dans les conduites de dépendance est donc loin de suggérer un profil de personnalité univoque : c'est quasiment toute la gamme des personnalités qui peut être prise en compte.

8. La notion d'événements de vie qui ne seraient pas événements intérieurs

L'un des effets de la révolution freudienne dans les esprits est sans conteste la confirmation que le sujet se tient, non le plus souvent mais toujours, lors d'événements pour lui signifiants, à la frontière entre intériorité et extériorité, et que, selon qu'il est sur le versant interne ou externe de cette limite, lorsque ces événements extérieurs résonnent avec son histoire, il est à même d'exploser ou d'implorer dans une aliénation à son monde interne plein des remugles de son histoire passée, ou de rebondir et de se raccommoder une destinée dans une ouverture consentie ou mieux assentie au réel externe.

L'une des caractéristiques du système DSM est, sans l'éluder, de ne pas approfondir suffisamment la part extérieure, à l'origine de la genèse de troubles psychologiques, ce qui lui permet de faire ensuite trop facilement appel à la prédisposition et la constitution.

On objectera que bon nombre d'études qui serviront de caution scientifique à l'établissement de nouveaux critères diagnostiques quantitatifs incluent dans leur recherche des échelles d'événement de vie qui tentent de statistiquement corréler décompensations psychologiques et événements traumatiques. Il est bien évidemment important de relever

des événements de vie en prenant soin de noter le moment de leur survenue, mais le fait en lui-même, aussi spectaculaire soit-il, peut-il se comprendre sans la moindre référence à la position du sujet à ce moment-là de son parcours de vie ? Il convient alors de se questionner, en dehors du sens propre de l'événement, sur la part de la surcharge de sens prodiguée par le sujet. Plus que l'histoire en elle-même, il s'agit d'appréhender comment il se la (ra)conte.

L'exemple des pertes parentales précoces est à ce titre révélateur. Il ne s'agit pas ensuite, chez les sujets adultes déprimés, uniquement d'objectiver une perte réelle, mais de tenter de mettre en évidence un vécu de perte qui n'a rien de génétiquement constitutionnel mais qui a coloré très tôt le développement. La nature de la relation entretenue dans la prime enfance avec l'objet imprime plus sûrement le vécu ultérieur de perte que la réalité même de cette perte. C'est ainsi que, selon les cas, l'objet ne meurt pas mais il n'est plus le même parce que désidéalisé ou dévalorisé par le sujet, et que l'impact sur la dépression ultérieure n'est pas le même.

De plus, le moment où le sentiment de perte survient peut être à distance de la perte, parce que différé par les ressources défensives internes du sujet qui lui ont permis de le juguler et par l'étayage dont il a pu disposer auprès de son environnement. Qu'est-ce que la *Nachträglichkeit*, l'« après-coup » freudien, si ce n'est cette observation de bon sens qu'« il faut toujours deux temps pour constituer un traumatisme psychique, à savoir le temps de l'événement qui dépose sa trace et le temps d'une reviviscence interne » ? « Je travaille sur l'hypothèse que notre mécanisme psychique s'est établi par stratification : les matériaux présents sous forme de traces mnésiques subissent de temps en temps, en fonction de nouvelles conditions, une réorganisation, une réinscription⁴⁹ »,

explique Freud. Ces conditions nouvelles, en particulier de maturation biologique, expliquent ce fait troublant que le sujet biologiquement et psychiquement différent a à contenir le souvenir d'une scène traumatique antérieure. Il accueille plus ou moins passivement ou travaille spécifiquement ce qu'il a subi et qu'il n'avait pu intégrer du fait de son immaturité et de sa dépendance à son objet... C'est en même temps toute la question plus profonde de ce qu'un événement extérieur peut par effraction des limites et des défenses du sujet permettre de résurgences archaïques plus ou moins colmatées ou cicatrisées, mais jamais éteintes.

Enfin, combien de fois sommes-nous confrontés en clinique quotidienne au fait que, pour le sujet, l'événement se conjugait avec l'impossibilité même de le décrire. Du fait, dans la plupart des cas, de la mise en place instantanée d'un mécanisme de défense plus ou moins complexe (absentification, gel par insensibilisation, clivage).

Plus simplement, et pour en revenir à l'inanité d'une évaluation clinique purement symptomatique qui ne tiendrait pas compte du contexte, bien souvent la symptomatologie présentée est à la fois une réponse à une situation conflictuelle et sa cause, et bon nombre d'« événements de vie » sont quelque peu « annoncés » par une histoire ancienne où la vie infantile tient une place prépondérante. C'est ainsi que mettre fin dans le cadre d'une psychothérapie à un syndrome de répétition peut faire céder certains symptômes réputés intangibles, plus sûrement qu'une réadaptation cognitive.

Ajoutons que bon nombre de patients décompensent pour « un rien », une goutte d'eau qui fait déborder un vase empli de facteurs cumulatifs négligés dans l'évaluation. Et qu'enfin l'être humain étant d'une espèce falsificatrice, il faut parfois s'interroger : l'événement en soi est-il un traumatisme qui désorganise le sujet ébranlé et/ou un révélateur ou un catalyseur dont il se saisit pour tout à

coup, se découvrant lui-même en même temps que son passé fait d'ambitions avortées, décider de « changer de vie » ? Nos amis américains, avertis de cette dernière dimension, pourraient catégoriser la naïveté.

9.

Troubles des conduites : retour au traitement moral

« N° 460. Honoré de Balzac a eu la petite vérole : caractère sanguin, s'échauffant facilement et sujet à quelques fièvres de chaleur. »

Registre d'entrée du collège des Oratoriens de Vendôme, 1807
(Balzac a huit ans)

« Et je reviendrai te chercher pour diminuer l'effet de cette affreuse maladie de l'âme qui s'appelle l'absence, et qui est une des plus terribles nostalgies inconnues de la médecine. »

Balzac,
Lettres à Madame Hanska

Le psychisme de l'enfant, immature et non structuré, n'est pas dépendant uniquement, quant à son développement, d'un programme génétique. On sait que ce dernier reste massivement régulé quant à son expression par des facteurs environnementaux. C'est une folie normale et civilisée d'avoir un enfant, mais c'est une folie quand même, qui dépend beaucoup plus de l'élaboration des transmissions intergénérationnelles que d'un hypothétique instinct maternel biologique. Éluder cette « folie » parentale d'un besoin de transmission et de filiation dans une

continuité et un fantasme d'immortalité, c'est transformer les parents en simples procréateurs-puériculteurs. Cette « folie », fût-elle joyeuse ou douloureuse, évidente ou laborieuse, est de fait moins ordre (maîtrise) que désordre. De fait, il a bien fallu en passer par un désordre des sens et l'acceptation d'un nouvel ordre de filiation. Heureusement ou malheureusement, le désordre des êtres est lui-même dans l'ordre des choses puisqu'il permet la perpétuation de l'espèce.

Eros est fou et son produit (l'enfant du désir, du péché, d'un soir, le désir de grossesse qui n'est pas le désir de maternité, le désir d'enfant qui n'est pas le désir d'avoir un enfant...) hérite de cette folie... Cette folie native de l'*infans* - que Melanie Klein et ses successeurs ont nommée psychose infantile originelle, noyau autistique primaire, défenses archaïques -, Winnicott l'a tempérée en la faisant étroitement dépendre de l'environnement en particulier maternel, sans éluder les mouvements naturels de « haine » des parents vis-à-vis de l'enfant quand celui-ci diffère de l'enfant imaginaire. La question, les pédopsychiatres le vérifient quotidiennement, est d'accueillir, contenir, accompagner, orienter ces mouvements paradoxaux d'investissement et de désinvestissement.

La question des troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent a fait couler beaucoup d'encre. Leur forme destructrice agressive envers les autres a acquis le statut de problème social majeur, tandis que leur forme autoagressive reste pudiquement qualifiée de problème essentiel de santé publique. Nous poserons plus avant que c'est un choix aussi « politique » de distinguer ainsi ces deux formes (que certains médecins cautionnent), et que la destructivité au fondement de ces troubles est un problème social avant que de devenir de santé publique.

La manière dont on répond à une situation dépend étroitement de la construction théorique, pour ne pas dire

de l'idéologie, que nous avons concernant la genèse de cette situation. Ceci est encore plus vrai quand la situation nous sollicite activement sur notre humanité (à l'origine de notre vocation soignante) jusqu'à réveiller en nous certaines contre-attitudes plus ou moins défensives comme c'est le cas avec les troubles des conduites. C'est aussi qu'une classification qui choisit comme items diagnostiques pour le trouble du comportement de l'enfant : impulsivité, indocilité et « bas indice de moralité », est évidemment un système de codification culturelle et culturelle.

Or les cultures et les sociétés européennes et américaines sont différentes sur bien des points, dont celui de la manière qu'elles ont de générer puis de contrôler la violence. C'est ainsi aussi qu'il me semble pertinent de penser le soin de la violence en l'articulant avec la possibilité d'une violence du diagnostic et du soin. Ce que nous proposent caricaturalement les prescripteurs par trop pressés de Ritaline dès qu'un enfant bouge et les concepteurs apeurés du TOP (trouble oppositionnel avec provocation) et des troubles des conduites (qui ne tarderont pas à sortir un arsenal chimiothérapeutique face à une agressivité fût-elle physiologique et nécessaire jusqu'à trois ans), c'est d'éradiquer cette folie originelle de l'enfant, qui est aussi son génie, avec la compliance et parfois la complicité inconsciente des parents qui n'ont pu élaborer leur ambivalence à l'égard d'une progéniture si éloignée de leur enfant imaginaire.

R. E. Tremblay⁵⁰, dont les travaux connaissent un certain succès jusqu'à orienter les politiques de prévention en matière de délinquance, veut, se haussant au niveau de Claude Bernard, le maître de la médecine expérimentale qu'il cite en exergue de son article, « envisager les phénomènes sociaux comme des problèmes scientifiques ». Conscient que la voix du célèbre auteur est quelque peu franco-française et lointaine (1871), il s'appuie rapidement

sur un rapport d'experts de l'Académie des sciences des États-Unis (1993) : « Les comportements agressifs et violents sont des réponses apprises par la frustration, ils peuvent aussi être appris en tant qu'instruments destinés à atteindre des buts, et l'apprentissage se produit en observant des modèles de ce type de comportement. Ces modèles peuvent être observés dans la famille, chez les pairs, ailleurs dans le quartier, dans les médias de masse ou dans la pornographie violente. » Une fois apporté ce modèle réduit et réducteur, qui accepte pragmatiquement le monde tel qu'il est, selon la vision américaine (toujours infiltrée de la dialectique bipolaire du bien et du mal), l'auteur trouve la clé adaptée à cette serrure, la solution à ce problème décontaminé des questions centrales qui le constituent (la genèse du sentiment d'injustice et de frustration, la cruauté froide du système libéral et sa violence). S'ensuit un relevé des nombreuses études épidémiologiques confirmant ce que l'on savait intuitivement, à savoir que l'égalité des chances est une illusion et une fumisterie. Puis vient la conclusion attendue avec quelques passages qui valent leur pesant de cruauté : « Il faut aider les jeunes filles qui sont en difficulté d'adaptation [sur quels critères d'adaptation ?] même si elles ne sont pas violentes [noter : "les études épidémiologiques montrent très clairement que le facteur de risque le plus important de transformation de mignons petits enfants en adolescents violents est d'ordre biologique : le sexe !"... quel beau point d'exclamation] parce qu'elles sont à haut risque de reproduire [*sic*] une nouvelle génération de garçons violents et de filles en difficulté sérieuse d'adaptation... » Et plus loin, comparant sans la moindre nuance les origines développementales des cancers et des maladies cardiovasculaires à celles de la violence, il lui semble clair que « le développement fœtal prépare le fœtus à vivre dans un certain type d'environnement... le développement de tous les organes (incluant le cerveau) des fœtus de mères mal alimentées,

stressées et en mauvaise santé les prépare à vivre dans un environnement adverse. Conditions de vie adverses qui se maintiennent généralement durant la petite enfance... d'où l'importance du soutien intensif et à long terme des jeunes femmes enceintes qui ont une longue histoire d'adversité ».

D'accord pour la conclusion évidente que les pédopsychiatres vérifient quotidiennement depuis des années sans avoir attendu les résultats de ces recherches. Et même nous n'hésiterons pas à surenchérir en préconisant dans les maternités la présence non uniquement de psychologues expérimentés mais aussi de psychiatres, ne serait-ce que pour pouvoir répondre aux situations si manifestement à risque qu'elles touchent les populations défavorisées ou favorisées, rapportées par les sages-femmes et les obstétriciens. Mais... la focalisation sur l'unique approche biologique, l'évocation d'un cerveau fonctionnel sans pensée, le flou sur ce que peut bien recouvrir environnement adverse, le mélange de la mauvaise alimentation et d'un concept générique quantitatif, le stress ! Aucune prise en compte des dimensions intrapsychiques, ce qui revient à un gommage radical de la spécificité même de la psychopathologie adolescente. L'adolescence et ses troubles devraient pouvoir bénéficier non d'une approche univoque faite d'un recensement de symptômes et de syndromes, mais d'une description de ce phénomène singulier : celui d'une psyché en devenir, en voie de consolidation dans ses difficultés à intégrer le processus pubertaire. Rappelons que bon nombre d'études utilisent des échelles d'évaluation créées pour des adultes chez des patients à partir de l'âge de treize ans, déniaient ainsi la spécificité même de cette étape charnière de la vie qu'est l'adolescence. Spécificité de plus en plus déniée par une justice des mineurs qui tend, adultomorphisme aidant, à ne les rencontrer que dans le rapport de force.

Et puis, ce que l'on entrevoyait entre les lignes de stigmatisation sociale sous couvert de pseudoscience éclate dans la conclusion de cet article de R. Tremblay : « La violence des "gens normaux" existe bel et bien, mais elle est différente de la violence des individus (*sic*) qui ont des problèmes d'agression physique chronique parce qu'ils n'ont pas fait l'apprentissage du contrôle de cette forme extrême de communication pendant leur enfance. »

« Cette forme extrême de communication » : l'auteur lâche dans une seule phrase noyée dans un monceau de chiffres que ces actes témoignent d'une communication. Eh bien, sur ce point on sera plus pessimiste que lui, en tout cas pour ce qui concerne les adolescents les plus violents, parapsychotiques et psychopathiques plus que limites. Leur carence de symbolisation se renforce sous le poids de deux contraintes : la nécessité de mettre à distance leur monde interne menaçant qui ne leur a pas appris la frustration ; le colmatage narcissique de ce défaut par le collage aux stéréotypes collectifs les plus primaires et violents (la pornographie évoquée⁵¹) pour éviter de rencontrer leur propre inconscient. S'ajoute à cela que le passage à l'acte répond « favorablement » à plusieurs besoins : la recherche active, en continuité avec le passé, à se faire désinvestir (et plus on répond par des attitudes répressives, plus ça « marche ») ; la possible séparation d'avec l'objet dans le conflit sans que cela signifie rejet ou rupture ; le fait que la haine est différenciatrice et permet mieux alors la rencontre avec l'objet que la tendresse confusionnante - tout le monde peut mimer un sentiment amoureux, personne ou presque ne peut mimer la haine : dans la haine, l'objet ne ment pas. Ces adolescents ne constituent qu'une faible minorité des ados violents, mais leur bruit et leur fureur projettent une ombre sur les autres - et l'amalgame est fort si l'on ne se réfère qu'aux symptômes et non à la psychopathologie sous-jacente.

Comme nous ne sommes pas favorables à la discrimination positive, en tout cas telle qu'elle s'exprime pour l'éducation, sous forme de prélèvement sauvegarde des « bons » étudiants prometteurs, permettant de faire l'impasse sur les conditions nécessaires pour que les autres puissent au mieux s'exprimer⁵², nous attendons avec impatience les recherches que nous espérons tout aussi nombreuses sur la violence des « gens normaux », et qui auront intégré des critères adaptés à des personnalités aussi intéressantes : violence retournée contre soi pour éviter l'agression de leurs géniteurs trop sains pour ne pas être omniscients, violence blanche et civilisée mais sans scrupules, exercée à l'encontre des moins bien lotis qu'eux par subtil déplacement, barbarie cultivée de certaines élites... Les prêts en subprimes aux États-Unis et au Royaume-Uni, c'était d'offrir aux catégories modestes des logements, ou de créer une énième niche fiscale pour les accros de la spéculation : les deux, mais dans quelle proportion ?

La dernière phrase de l'article est édifiante de fausse naïveté : « Pour le bien de tous (*sic*), il faut aussi des politiques qui visent à maintenir des environnements empreints de paix partout dans la société... » Ouf ! Mais ceci est une autre histoire qui ne regarde pas les scientifiques devenus fonctionnaires de leur état de droit. Fonctionnaires qui acceptent sans plus sourciller la radicalité qu'exige leur emploi.

Pour la grande majorité des auteurs, les troubles du comportement n'entrent pas dans un cadre psychiatrique déterminé et nul déterminisme biologique n'est clairement mis en évidence dans leur genèse. Pour autant, les chercheurs héritiers des thèses constitutionnalistes croyant à la fixité des troubles bénéficient de beaucoup plus de budgets que les sociologues. L'enjeu est de taille. S'il est

acquis de considérer que la tendance antisociale est présente chez tous les êtres humains, certains seraient biologiquement (primitivement ou secondairement) moins égaux que d'autres. Entendre des IRMistes faire des liens de causalité qui n'ont pas lieu d'être entre une hyperactivité de l'amygdale et des troubles du comportement est tout simplement effarant. Réduire à l'IRM la maladie mentale, via un modèle anatomo-clinique simpliste, à un point fixe maladif, tandis que les entours seraient sains, dans un monde synaptique que l'on sait en mouvement, est absurde. Et, qui plus est, en éludant la mobilité psychique des sujets. La lecture de leurs biographies paraît pourtant suffisamment éloquente pour que les défaillances de l'environnement ne puissent pas être éludées, et s'il apparaît souvent un sentiment de « fatalité » ou d'« inexorabilité », on peut concevoir que la violence des pulsions associée à la défaillance d'étayage puisse concourir à un itinéraire aussi radical qu'un déterminisme génético-biologique.

La mise en évidence de facteurs biologiques au niveau de la régulation par le système nerveux d'éléments humoraux ne nous dispense pas non plus de l'engagement d'étudier les modalités de l'éclosion des processus psychiques. Nous pensons en particulier à la nécessaire gestion de l'agressivité à l'adolescence, rendue compliquée par le pouvoir effectif de destruction que donnent les modifications pubertaires : elle est au centre de la construction identitaire par ses effets d'affirmation narcissique face à la menace de l'emprise objectale et par la jouissance qu'elle peut procurer. La singularité de ces comportements se situe fondamentalement dans le fait qu'il s'agit de conduites agies, c'est-à-dire que l'essentiel de la pathologie ne se situe pas dans un conflit et une souffrance intrapsychique reconnus comme tels, mais dans des comportements extériorisés et directement adressés à l'entourage.

L'influence d'une dimension sociale dans la prévalence de ces troubles dans les pays occidentaux ces dernières années a fait l'objet de nombreux développements.

On peut considérer, avec Philippe Jeammet, que « le fonctionnement de l'appareil psychique est tel qu'il y a une relation de similarité entre la façon dont, à un moment donné, cet appareil fonctionne et en particulier traite ses objets et les modalités relationnelles qui ont présidé à son développement, et dont il a subi l'influence. C'est ainsi que cette violence exercée sur les objets de l'environnement de l'adolescent, l'empiétement fait sur leur territoire propre, la maîtrise plus ou moins manipulatoire exercée sur eux, peuvent être vus comme le pendant actif de ce qu'a subi le sujet pendant son développement : empiétement massif des problématiques parentales sur son espace psychique interne, utilisation narcissique de sa personne par un ou les deux parents, relation d'emprise plus ou moins manipulatoire⁵³ ». Bref, les troubles des conduites sont des pathologies du lien quelle que soit l'importance des vulnérabilités subies individuelles qui amplifient le besoin d'étayage. Et le psychiatre, s'il s'engage et s'il accueille, plutôt que de se dérober, est bien placé pour voir cette « folie » de la psyché, de déplacer la maladie sur lui-même, dans le transfert.

On est ainsi face à un sujet « persécuteur persécuté » dont l'estime personnelle, profondément altérée, l'empêche de réagir sans haine et l'oblige à maîtriser la situation (effroi de la passivité avec des risques de débordements) en lui imprimant une espèce de terreur affective. Ce type de relation traumatique a en effet ses origines dans les premières interrelations précoces mère-enfant. Plus tôt il apparaît, se substituant à une relation affective de partage (où le sujet ne se sentirait pas fondamentalement annulé dans ce partage), plus les conséquences sont morbides.

À l'opposé, il existe toujours le risque de ne recueillir et de ne retenir de la trajectoire de l'adolescent « à problèmes » que les événements spectaculaires, qui risquent souvent de masquer la trame de son existence singulière, et de nous faire négliger les périodes de son histoire laissées en blanc. Ainsi a été, et est encore, privilégiée la notion d'un traumatisme en plein (événements de vie douloureux désorganisateur) au détriment de celle de traumatisme en creux. Or il nous semble que, dans bon nombre de cas, se dégage une dimension essentielle de carence de l'environnement (pauvreté des affects nourriciers mais aussi insuffisante protection contre des besoins régressifs). La carence n'est pas uniquement quantitative (absence ou démission face à une fonction parentale difficilement assumable pour de multiples raisons), elle est essentiellement qualitative, marquée par un défaut d'investissement ou par un investissement excessif qui masque mal sa nature narcissique (atmosphères incestueuses, enfants objets d'enjeux narcissiques parentaux).

Il n'est pas question de dire ici que le trop d'investissement (traduisant une emprise narcissique ou un marquage incestueux) serait équivalent du manque d'investissement. La différence essentielle se situerait au niveau de la fixation induite par le trop d'investissement, qui pourrait être à l'origine de la pervertisation de la relation.

Dans les deux cas, cependant, il semble que pour des raisons multiples et diverses l'objet parental méconnaît la réalité de l'enfant dans le besoin essentiel qu'il y a à le nourrir et à le contenir (de manière suffisante, continue, régulière dans un authentique don de soi, sans élément sacrificiel), préoccupée qu'elle est de réguler sa propre économie psychique : l'enfant ne guérissant pas sa mère, il devient objet d'indifférence ou de haine ; l'enfant

participant trop à la guérison de sa mère, il devient son pendant narcissique.

Nous voyons dans cette carence l'origine d'un échec dans la constitution d'assises narcissiques suffisamment sécurisées, source dans les moins mauvais cas d'une mésestime personnelle, et dans les plus mauvais de l'absence d'un sentiment de continuité. La discontinuité de la fonction de maintenance parentale brise l'aire d'illusion de l'enfant qui pouvait bénéficier du soutien et de l'apport de l'objet dès que le besoin s'en faisait sentir. Le lien à l'objet maternel est précocement vicié. S'ensuivent le développement d'angoisse d'abandon, le développement d'un faux-self de complaisance vis-à-vis de l'objet maternel énigmatique, l'enfermement progressif dans un sentiment de préjudice qui vient de l'extérieur (victimisation). Le trouble du comportement contribue à plonger le sujet dans un cercle vicieux aboutissant à un appauvrissement de ses relations lorsqu'il s'inscrit dans la répétition.

Si une réponse appropriée n'est pas trouvée, l'accentuation des troubles du comportement est en effet quasi inéluctable (désinsertion scolaire, marginalisation, délinquance). Les rejets répétés, y compris des institutions soignantes non suffisamment contenant, « confirment » l'adolescent dans sa mauvaise estime de lui-même et/ou dans l'incapacité des adultes à le contenir.

Roger Misès souligne ce risque d'enfermement dans une conduite, en notant que « le sujet procède alors à des révisions durables : il renforce la maîtrise exercée sur ses propres affects, sur ses capacités à partager les sentiments d'autrui, il développe une emprise omnipotente pour la conquête des moyens destinés à combler magiquement le manque... Dans ce mouvement, est valorisée l'appropriation immédiate par l'agir, sans égard pour autrui et dans un rejet actif des interdits, ce qui conduit le sujet à attaquer la loi elle-même en tant que telle, mais aussi en tant qu'instance

organisatrice d'un ordre porteur de restrictions à sa toute-puissance⁵⁴ ».

Winnicott soulignait déjà ce risque d'enfermement symptomatique plus ou moins inconscient et donnait les éléments de réponse thérapeutique : « Le facteur commun de tous les symptômes observés dans les actes antisociaux est leur caractère incommodant, une grande partie de la motivation est inconsciente, mais pas nécessairement la totalité ; ce caractère incommodant est aussi au mieux un trait favorable indiquant à nouveau une potentialité de recouvrer l'union des pulsions libidinales et de motricité qui avait été perdue [le lâchage massif et brutal des défenses addictives avec retrait et isolation est en effet un très mauvais pronostic⁵⁵] ; c'est parce qu'il a existé à un moment une bonne expérience primitive (qui a été par la suite perdue) que l'enfant est devenu capable de percevoir que la cause du malheur réside dans une faillite de l'environnement ; aussi exige-t-il de l'environnement qu'il lui offre le remède ; l'environnement devra être mis constamment à l'épreuve, pour s'assurer qu'il est capable de supporter le comportement agressif, de prévenir ou de réparer la destruction, de reconnaître l'élément positif dans la tendance antisociale, de réédifier le cadre qui a été brisé, de fournir et de préserver l'objet qu'il faut chercher et trouver ; c'est la stabilité nouvelle de l'environnement qui a une valeur thérapeutique. »

Ce caractère incommodant est aussi au mieux « un trait favorable »... Qui, aujourd'hui, en charge des politiques de prévention de la délinquance, oserait encore se référer à Winnicott et avancer cela qui est une évidence clinique ?

Cette fonction contenante de l'environnement est rapidement dévolue par la société à l'institution soignante, lorsque les troubles du comportement deviennent par trop spectaculaires ou répétitifs. Celle-ci, si sa fonction n'est pas

d'emblée rejetée par l'adolescent, sera rapidement confrontée à sa problématique centrale de dépendance. Il faut souligner la propension que peuvent avoir ces patients à se faire désinvestir, la répétition des passages à l'acte et l'attaque directe du cadre soignant contribuant rapidement à les faire rejeter. Démunis du pouvoir de séduction que peuvent avoir certains patients névrotiques, ou enfermés dans une espèce de fascination masochique de leur propre détresse, ils n'établissent que difficilement un lien qu'ils mettent d'ailleurs sans cesse à l'épreuve. Ceci impose que l'institution motivée puisse faire face à la répétition des troubles du comportement en se détachant du pouvoir destructeur du symptôme, en reconnaissant et nommant la souffrance psychique sous-jacente, et en privilégiant les potentialités évolutives de l'adolescent, sous peine d'entériner insidieusement dans son esprit une évolution inéluctablement péjorative.

Faire expérimenter à l'adolescent, dans le cadre de l'institution soignante, un lien objectal satisfaisant est à la base de tout projet thérapeutique.

Gérer les passages à l'acte, c'est d'abord essayer d'en saisir les ressorts, non pas pour les communiquer à l'adolescent, qui ne cherche pas forcément à être compris, mais à être contenu. Face à un affect débordant, le passage à l'acte joue un rôle de colmatage de l'angoisse.

Cette réponse par l'agir n'a cependant pas le caractère systématique que certains veulent bien lui accorder. Souvent elle constitue un matériau privilégié pour tenter de saisir la problématique en cause. À l'image du rêve, objet de multiples condensations, le passage à l'acte cristallise cette rencontre particulière d'une réalité externe plus ou moins perceptible, et d'un conflit intrapsychique qui prend ses sources dans l'enfance. Saisir ce qui dans le présent s'est « réarticulé » au passé, appréhender les circonstances externes qui ont prédéterminé, puis surdéterminé l'acte : le poids de la répétition est parfois tel que l'observateur peut

avoir la sensation trouble d'une préméditation du passage à l'acte.

Rappelons ici que pour Lacan, l'*acting-out* est une « monstration » qui s'adresse à l'autre pour obtenir une interprétation. Surtout, soulignant la dimension interactionnelle du passage à l'acte, Philippe Jeammet précise que, précédant celui-ci, on note toujours un mouvement de rapproché du patient à l'égard de l'institution... « Le passage à l'acte vient alors rétablir une distance et des limites un moment débordées. Il n'a pas seulement une fonction de décharge d'une tension devenue trop importante, il restaure une certaine maîtrise du moi en rétablissant ses limites et en rejetant l'objet perçu comme envahissant à bonne distance... Ce n'est plus le sujet qui se sent par émois interposés sous l'influence de l'objet ; c'est celui-ci qui désormais passe sous contrôle. » Le passage à l'acte est une nécessité de l'économie psychique du patient qui s'impose afin de sauvegarder une identité menacée.

De cette observation, découle une attitude thérapeutique qui vise à éviter d'entériner la rupture, à replacer le patient dans la répétition pure et simple de ses positions antérieures, et à aménager un espace relationnel en recréant des limites plus stables et plus précises, qui le rassurent. Une réponse en miroir à ce désespoir actif et violent risque d'enfermer l'équipe soignante dans une relation sadomasochiste. Un contrat établi avec le patient, fixant des limites respectives, est souvent le vecteur d'une médiation qui permet de maintenir une distance suffisante autorisant l'adolescent à développer un espace psychique interne plus autonome. La motivation et la cohésion de l'équipe soignante apparaissent ici fondamentales. La possible différenciation des soignants par l'adolescent et son corollaire, la multiplication des liens distincts, est tout aussi importante. En effet, cette médiation qui, en aménageant un espace transitionnel où la qualité

relationnelle et la sécurité affective permettent de contenir, voire d'intégrer le trouble du comportement, évite deux écueils majeurs dans la prise en charge des adolescents dépendants : la séduction complice (attirer à soi), rapidement vécue de manière intrusive, et l'éducation rigide (conduire à l'extérieur), source de maîtrise insupportable.

Tant il est vrai que le cadre contenant n'est pas dans les murs mais bien dans la tête des soignants, le contrat devra rester suffisamment souple et garder, malgré les transgressions, sa fonction de médiation.

Le recours à une chimiothérapie est souvent nécessaire. Pare-excitation de la violence pulsionnelle plus qu'illusoire, pendant chimique d'une tentative de maîtrise, sa prescription se doit d'être accompagnée d'un travail d'explication quant à son sens et ses effets, sous peine d'accentuer le désarroi de l'adolescent en coupant le comportement de ses connexions psychiques. Il vise par ailleurs à atténuer le vécu régressif qu'on rencontre souvent lors des passages à l'acte.

Qu'en est-il des adolescents dont les troubles des conduites s'accroissent, et pour lesquels une réponse institutionnelle appropriée n'est pas trouvée, ceux qu'on peut appeler « exclus », qui suscitent de la part de la société des solutions extrêmes : réouverture des centres fermés (petits effectifs, durée limitée), déplacement des familles à risque, surveillance électronique...

On peut en rencontrer certains dans le cadre de la Protection judiciaire de la jeunesse (ex-Éducation surveillée). La réponse éducative, trop souvent exclusive, risque alors de méconnaître les aspects psychopathologiques et ne peut permettre à elle seule une reprise du processus d'adolescence. On peut penser que chez certains, l'état de délinquance latente est caractérisé par le fait que la satisfaction directe des besoins instinctuels est toujours plus grande que la satisfaction obtenue grâce à

une relation objectale, et que la suprématie du principe de réalité sur le principe de plaisir ne peut s'établir qu'à travers la formation d'un lien objectal satisfaisant. La prise en charge de l'adolescent par les éducateurs peut permettre d'établir cette relation objectale, qui est l'étape nécessaire à l'établissement d'un cadre soignant. C'est alors que s'inscrit l'importance de l'articulation de l'intervention éducative et du soin, qui permet un accompagnement dans l'élaboration psychique de ces conduites agies dans le cadre d'un processus restitutif de guérison. Ce travail sur le sens s'inscrit aussi et surtout dans une perspective de réintégration sociale (retrouver un sens commun).

Je n'évoquerai pour finir que quelques pistes de réflexion pour ces exclus.

La première est l'inégalité des efforts consentis par choix politique, c'est-à-dire une certaine vision du monde, entre d'une part dépister pour prévenir au plus tôt les conséquences sociales et d'autre part essayer de trouver et traiter les causes sociales et familiales. Avec ce sentiment douloureux d'un déjà-vécu dans cette tentative de « régler » le problème de la délinquance comme on avait « géré » celui des toxicomanes : exit les causes, place à la substitution. Au début des années 1970, Robert Debré demandait aux fonctionnaires de l'Unesco de lancer des recherches sur une « éventuelle mutation génétique » qui participerait à expliquer les modifications comportementales « surprenantes » lors des événements de 1968. En novembre 2010, Jean-Marie Bockel, ex-secrétaire d'État à la Justice, a remis un rapport sur la prévention de la délinquance des mineurs où il élude la question de l'inégalité des conditions socio-économiques entre les familles et de l'inégalité dans les conditions de l'enseignement, que l'on a consciemment renoncé à traiter autrement que par la création publicitaire des internats d'excellence, au profit d'hypothétiques considérations

culturelles, dénuées de fondements scientifiques. « Dans les familles issues de l'immigration [...] souvent [*sic*], pour les pères la réussite scolaire de leur enfant n'est pas perçue comme une priorité par rapport au soutien des parents restés au pays [...]. Dans certaines [*sic*] familles d'origine maghrébine, la mère joue à l'égard des garçons un rôle de surprotection néfaste à l'acquisition des interdits républicains. » Au-delà des choix douteux de réifier telle ou telle dimension participant à la genèse d'un problème si complexe, c'est la paresse ou l'incapacité de poser ledit problème comme la résultante de contraintes dynamiques diverses, de niveaux variables, évolutives selon des lignes de suite mais aussi des lignes de fuite, et s'inscrivant dans des systèmes à réseaux multiples.

Quant à la parole mal contrôlée de certains et à leur management du médico-social par le nettoyage au Kärcher, il faut s'inquiéter de ce qu'ils recouvrent, sous des mots barbares, de fantasme de stérilisation. Concernant les théories personnelles du président de la République sur les hypothèses génétiques d'autres « déviations », le suicide, la pédophilie, il faut vraiment relire la longue phrase parue dans *Philosophie Magazine* (n° 8, avril 2007) : « J'inclinerais, pour ma part, à penser qu'on naît pédophile [...]. Il y a 1200 ou 1300 jeunes qui se suicident en France chaque année, ce n'est pas parce que leurs parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que, génétiquement, ils avaient une fragilité, une douleur préalable. Prenez les fumeurs : certains développent un cancer, d'autres non. Les premiers ont une faiblesse physiologique héréditaire. Les circonstances ne font pas tout, la part de l'inné est immense. » La comparaison, puis l'assimilation des troubles mentaux à des troubles organiques générés par des vulnérabilités génétiques est le premier pas théorique, avant le second : l'affirmation d'une délinquance potentielle à venir. Et en passant, déculpabilisation des familles et pas la moindre évocation de la socio-culture... Quant à l'amour primaire

sans la moindre ambivalence qui régnerait dans les familles et la génétique des pédophiles dont les histoires de vie sont marquées par l'agression... passons.

Deuxième point central attendant à celui-ci : tout traitement biologique, cognitivo-comportemental, éducatif, qui visera à contenir et motiver les enfants en se substituant aux parents, ou en humiliant la plate-forme familiale, aboutira à la continuité d'un autosabotage.

Troisième point : le seul comportement à ces âges (adolescence comprise) ne peut servir de référence univoque, car des comportements apparemment opposés peuvent dépendre d'une problématique psychique semblable. Ainsi, selon la façon dont le sujet la tolère, l'accepte, une même dépendance non résolue (avec son corollaire, l'angoisse de séparation dans les troubles des conduites) peut se traduire par un comportement d'agrippement exacerbé à ses objets d'attachement ou par une attitude d'opposition ou d'évitement. Dans les deux cas, la référence au fonctionnement mental (absente du DSM) permet d'inférer des failles des processus d'intériorisation et du narcissisme⁵⁶. Notons que les attitudes imitatives plaquées et celles d'évitement (les enfances silencieuses, mornes, ou mortes...) ne sont pas repérées dans le système classificatoire du DSM, alors qu'elles témoignent d'une souffrance psychique aussi importante que non bruyante.

Des enfants réduits à des diagnostics-sentences, leur histoire réduite à des notes de conduite (comme la dernière note d'appréciation de vie scolaire dans des livrets) dans un dossier, proférées par des flopées de jeunes psychologues stagiaires en CDD isolés du monde réel.

L'enfance n'est plus un sanctuaire, depuis qu'elle est devenue un marché à fort potentiel pour certains théoriciens pragmatiques et pour l'industrie pharmaceutique. Pour les premiers : de quoi ont-ils souffert

et souffrent-ils encore ? de qui se vengent-ils ? Pour la seconde : est-elle vraiment prête à transformer sans états d'âme en nursery tout un continent ?

10.

Un axe de mécanismes de défense ?

Déjà initiée dans le DSM III-R, la recherche d'une catégorisation des mécanismes de défense (sur le modèle... et non au sens psychanalytique du terme) s'est développée (sans être totalement entérinée) dans le DSM IV. Les auteurs affirment tranquillement qu'un consensus s'est établi sur la définition des mécanismes de défense et surtout qu'on peut disposer d'une hiérarchie de ceux-ci en fonction de leur nature adaptative (normale) ou maladaptative (pathologique).

Il convient ainsi, pour éviter de se voir catégoriser « anormal », de disposer de suffisamment d'altruisme, d'humour, de capacité de sublimation, d'annulation, d'un contrôle et d'un monitoring de soi. Surtout, on risque de considérer qu'un mécanisme de défense (projection, clivage...) infère obligatoirement un diagnostic (psychose...), alors qu'il existe des clivages fonctionnels parfois nécessaires pour ne pas devenir fou, comme dans les dépressions après la perte d'un être cher, et qu'il n'y a pas d'identification sans projection. C'est-à-dire qu'a été pervertie l'idée qu'un mécanisme de défense doit être rapporté à la conjoncture entourant un épisode aigu, qu'il faut rester attentif à l'événement et que, même dans une logique structurelle, il ne faut pas demeurer fixiste. Pour un psychiatre d'enfants et d'adolescents, les défenses psychiques, corporelles et comportementales sont les lignes

de force de la carapace que revêt le patient mis à nu par un trauma. En aucun cas elles ne définissent une structure psychique intangible : elles témoignent pour l'essentiel de ce que le sujet doit mettre entre lui et lui pour tenir... et il ne tombe malade que lorsque ses défenses se révèlent inadaptées, débordées... et lorsque parfois, devenant prévalentes ou prenant le pouvoir, elles rendent son fonctionnement moins souple, plus clivé, moins harmonieux. C'est toute la question de la défense qui dépasse son but par rapport à l'intensité de la menace d'effondrement (clivage fonctionnel ou déjà mutilant).

Le premier point important est donc : dans quelle mesure le sujet reste-t-il là derrière ses défenses ou commence-t-il déjà à s'absenter à lui-même (anesthésie affective, faux-self...), ou à s'enfermer dans des pathologies et/ou des caractères ?

Le second point important est d'apprécier la dynamique psychique restante permettant de penser que le sujet pourra se dégager de ses fixations régressives.

Le problème se complique avec le traitement mis en place en fonction de l'idée que l'on se fait du rôle protecteur ou constituant (à respecter un tant soit peu et non à attaquer bille en tête, ou à contourner) de ces défenses.

Une thérapie cognitivo-comportementale de conditionnement opérant pour un retour à l'adaptation au monde externe et une réduction de la souffrance risque, en éludant ou en n'abordant pas suffisamment le problème de fond, de laisser le sujet de plus en plus menacé par celui-ci, en plus que par son propre fonctionnement défensif. Or il n'est rien de pire que d'avoir à lutter avec un ennemi aussi familial, logé à l'intérieur de soi. Il n'y a qu'à demander au paranoïaque obligé de projeter sur les autres ses propres pensées pour pouvoir les combattre. Il n'y a qu'à demander à l'obsessionnel en bout de course, qui a commencé par ritualiser ses obsessions, puis fini par obsessionnaliser ses rituels, et qui sent que c'est son intelligence même qui le

menace et le rend fou, à faire sans cesse des liens avec tout et qui n'arrive qu'à faire des nœuds. Il n'y a qu'à demander au mélancolique qui finit par croire que la sensibilité douloureuse qui lui fait percevoir le monde est lucidité... et qu'alors il n'y a plus qu'à disparaître, soi et le monde avec.

Le risque des thérapies visant à modifier des schèmes de comportements sans toucher au noyau dur, c'est de laisser le sujet dans sa nouvelle forteresse, encore plus consolidée, face à un dehors qui ne peut devenir fantasmatiquement que de plus en plus menaçant... Et aussi face à un dedans qui un jour se révélera n'être, dans une inquiétante (et familière) étrangeté, qu'une impersonnelle défense : ce dedans, de ne pas avoir pu sans crainte se nourrir de l'extérieur et de l'autre, s'est desséché, puis minéralisé, puis désertifié.

Face aux défenses d'un sujet, il est inutile d'envisager de les abolir avant que, avec le temps, il n'ait trouvé dans la prise en charge une palette de voies de recours, de secours, de dégagement. La réponse soignante respecte tout un temps les défenses du patient... ni ne s'y oppose ni ne tente de les réparer... sachant pertinemment que ces deux attitudes ne contribueront qu'à les renforcer. Elle a besoin de temps pour que se dresse dans une relation suffisamment bienveillante et suffisamment à distance un espace sécurisé où le sujet pourra se livrer sans crainte.

On est en droit de se demander si cette ultime catégorisation du DSM n'est pas infiltrée au mieux d'une morale sociale ou d'une orthodoxie manichéenne, au pire d'une idéologie. En tout cas, pour lutter contre la dépression que nous inspire ce fichage, je ne vois aucun autre mécanisme de défense que l'humour. L'humour qu'une mince feuille transparente sépare de la folie. Demandez à Kundera, et à sa *Plaisanterie*, ce qu'il advient d'un monde où l'humour est catégorisé : « Comment lui expliquer que je ne peux pas me réconcilier avec lui ? Comment lui expliquer qu'en le faisant je romprai mon équilibre intérieur ?

Comment lui expliquer que ma haine envers lui contrebalance le poids du mal qui est tombé sur ma jeunesse ? Comment lui expliquer que j'ai besoin de haïr⁵⁷ ? »

11.

Évolution mouvementée d'une classification

Le DSM ne se veut pas une « œuvre figée ». Ce n'est qu'« une forme arrêtée dans un processus qui se poursuit et qui est susceptible de se modifier en fonction des recherches cliniques en cours⁵⁸ ».

On peut s'interroger sur l'orientation par trop univoque des recherches cliniques qui sont susceptibles d'être prises en compte pour l'élaboration des prochains manuels. Les études supposées enrichir le DSM doivent sélectionner les patients à partir du DSM et s'orientent de manière quasi exclusive vers des recherches épidémiologiques, génétiques, biologiques ou cognitivo-comportementales. La « réalité clinique » que l'on va débusquer dépendra étroitement des outils choisis pour cette recherche. Loin de nuancer l'approche objectivante du DSM, elles vont l'autojustifier, du fait même de leur essence idéologique, et l'on va insensiblement vers la codification de caricatures neurologiques, syndromes marqués avérés, voire chroniques, où la composante génético-biologique est prédominante, mettant de côté les formes plus complexes où les facteurs environnementaux sont plus importants à considérer.

Vérifier sur le « terrain » la validité diagnostique d'une classification sans se préoccuper de la nature des outils

utilisés est une mystification. Cette approche s'avère surtout dangereuse dans sa capacité à laisser penser l'existence d'une symptomatologie des stéréotypes, voire à la créer. Mais il y a pire avec l'avènement du DSM V, et l'on se demande si c'est le fait d'un cynisme sans bornes ou d'une bêtise tout aussi infinie. De fait, les experts à l'origine de l'élaboration du DSM V ont décidé de lancer des enquêtes de terrain à même de « corriger » des définitions. Frances Allen⁵⁹, qui a dirigé un groupe de travail du DSM IV et sait donc comment cela fonctionne de l'intérieur (« confidentialité outrancière, ambitions démesurées, désorganisation des méthodes et délais irréalistes »), note dramatiquement que « les résultats obtenus jusqu'ici par la direction de DSM V inspirent un doute tel qu'il laisse mal présager de leur aptitude à éviter l'aggravation de ces erreurs ». Il rejoint le psy chargé de présider les travaux de la nouvelle édition du DSM qui n'hésite pas lui-même, mais un peu tard, à crier au fou : « Il n'existe pas de définition d'un désordre mental [...] on ne doit pas tracer de frontière nette entre les concepts [...] nos erreurs ont des conséquences dramatiques⁶⁰. »

Concernant le choix des outils d'investigation, plusieurs questions restent en suspens. Quelle est la légitimité basée sur l'expérience clinique de ceux qui créent les questionnaires (la question du statut des chercheurs non cliniciens se pose) et de ceux qui entreprennent la formation aux questionnaires d'évaluation confiés à une vague de jeunes chercheurs fraîchement diplômés ?

Quand les questionnaires, même standardisés, sont remplis aussi rapidement (les délais sont de plus en plus courts pour ne pas alourdir l'investigation qui peut durer plusieurs heures) par les investigateurs, est-ce du fait de l'obéissance, rapidement mécanique, aux règles de codification ou du fait de réponses dictées par l'intuition clinique ? Sachant que les investigateurs sont le plus

souvent des étudiants en psychologie ou des internes peu formés.

Pourquoi choisit-on souvent tel patient à investiguer plutôt que tel autre si ce n'est, soit en fonction de sa disponibilité (éliminant les plus atteints et ceux qui n'ont pas de souci financier), soit en fonction de l'intensité moindre des symptômes pour des résultats attendus ?

Pourquoi les patients eux-mêmes sont-ils dans l'impossibilité de nuancer leurs réponses du fait des délais très courts demandés au remplissage des autoquestionnaires ? Combien d'études à la méthodologie douteuse ont-elles été imprimées sans commentaires critiques secondaires ?

Conscients de toutes ces questions et de beaucoup d'autres, les experts réunis au chevet du défunt DSM IV, s'appêtant à baptiser son successeur le DSM V, ont vécu un dilemme qui rappelle (toutes proportions gardées, mais dans quel sens ?) celui qu'ont eu à régler les experts internationaux conviés à réfléchir sur la crise économique et d'autres sur la crise écologique. Tout le monde est d'accord : l'approche catégorielle des troubles mentaux ne correspond visiblement pas à la réalité clinique... elle n'est qu'une grille plaquée sur du vivant qui se ridiculise elle-même (le nombre des diagnostics de « troubles non spécifiés » est très supérieur à celui des troubles spécifiques). Mais elle « fonctionne » bien. Aussi, est-ce bien raisonnable de passer à une approche dimensionnelle qui s'appuie, elle, sur un modèle psychopathologique et non sur des bases biologiques même hypothétiques et sur de possibles remboursements des caisses d'assurance-maladie ? Ou faut-il n'injecter, pour éviter une révision majeure de l'ensemble de la démarche, qu'une petite dose de corrections, à chaque fois qu'on observe des failles dans sa structure ? Réponse effarante du professeur Norman Sartorius, président de l'Action pour la santé mentale : « Nous en sommes à l'étape des questions ou des dilemmes

(*sic*) – sans avoir atteint pour l’instant l’étape suivante qui consistera à apporter des réponses. Si certains experts sont en faveur d’un changement radical du système de classification des affections mentales fondées sur les aspects dimensionnels, cette position fait encore l’objet d’un vaste débat. Si ce changement se réalise, il aboutirait en effet (*sic*) à un bouleversement profond du système actuel qui impliquerait une nécessité de formation de l’ensemble de la communauté psychiatrique et par conséquent des moyens financiers très importants⁶¹. »

Une réflexion digne d’un comptable qui aurait pour tâche d’aligner des lignes budgétaires dans des tableaux Excel. Ne pouvant plus revenir en arrière (ce serait trop coûteux, et il faudrait que les pys désapprennent ce dont ils se sont nourris dans leur enfance médicale), il faut continuer à avancer dans la même direction... Qu’importe donc que le système classificatoire à partir duquel toutes les recherches mondiales, en particulier celles évaluant l’efficacité d’un produit psychotrope, soit miné de l’intérieur par une option fausse.

Que se passera-t-il si ces bases de l’évaluation du comportement humain ne sont pas remises à plat ? Freud avec son hypothétique pulsion de mort aurait-il en partie raison ? La compulsion de répétition est un processus régressif qui tend vers la mort.

Ce qui risque de se concrétiser, c’est une épidémie de morts psychiques, car est d’ores et déjà advenue, et se développe, l’acceptation, quasi ironique, par certains patients « épinglés » du diagnostic porté sur leur moment de folie ou d’égarement. Certains même demandent avec avidité, exigent d’avoir le nom médical qui correspond à leurs affres et tourments. Le système DSM répond avec obligeance à cette demande de diagnostic puisqu’il recense aujourd’hui (DSM IV) 392 diagnostics, contre 265 dans la

première version. Les non-servis attendant le DSM V avec une certaine impatience.

L'important finira-t-il par être que toutes ces étiquettes modernes masquent l'histoire du sujet, les racines infantiles de ses troubles et accessoirement, en étant ainsi validées, permettent aux sujets l'accès à un remboursement ? Mais remboursé de quoi ? Les solitudes de quai de gare ne seront plus qu'imparablement liées à des grèves de techniciens, ou à des incidents « actuels » sur la voie. Tuer l'histoire personnelle et familiale dans l'affirmation d'une hérédité biologique, changer ni plus ni moins les racines d'un destin en s'en octroyant un plus radical (alors qu'il est totalement hypothétique puisque c'est un système probabiliste) dont il sera plus difficile de se dessaisir, n'est-ce pas l'une des grandes histoires de l'humanité ? Et c'est ainsi que le sujet ne sentira presque plus le processus de la mort psychique l'envahir. Celle-ci aura commencé par l'accueil sans résistance du diagnostic fatal posé sur lui : nombreux étant ceux qui apprécient qu'un certain nombre de choses s'imposent à eux, il arrive même que certains se les imposent à eux-mêmes sans recourir à la science ou à la religion parce que la liberté leur fait peur. La privation est paradoxalement une aide à vivre. Celle-ci se poursuivra lentement et de manière si continue que le sujet ne le remarquera même pas...

Et ce sera bien pire, mais différemment, pour d'autres, beaucoup plus nombreux, qui n'oseront plus opposer certaines de leurs fantaisies aux théories dominantes, et retiendront leur amertume et leur créativité « de peur d'attirer à soi l'infirmerie et de se voir jeter dans le puits de folie⁶² ». Pour tous ceux-là, il sera bientôt trop tard, à l'image des nombreux consommateurs obligés chaque année d'acheter le nouveau logiciel Microsoft même s'il est plus contraignant que les précédents, puisque leur ordinateur ne peut fonctionner que dans le cadre que la

marque dominante impose. Tant de prospective de croissance, basée uniquement sur la rationalité confondue avec la modernité, annule la vie même. Avec l'arrivée du DSM, nous avons cru qu'il pouvait n'être qu'une étape, il est devenu un mode de pensée... pour un mode de vie.

Oui, nous avons un dilemme, monsieur Sartorius, c'est-à-dire une alternative, nous conduisant à des résultats différents. En l'occurrence, ici, à un type de société plutôt qu'à une autre. En matière de santé mentale, il serait peut-être temps de changer de paradigme.

12.

Notre dépendance à l'ami américain

« L'impopularité de toute philosophie spéculative quelle qu'elle soit, et en quelque manière qu'elle soit traitée, dans un pays où la structure et la tendance de la société impriment à toute activité de la nation une direction presque exclusivement pratique. »

Thomas De Quincey,
Les Derniers Jours d'Emmanuel Kant

Il y a quelque chose d'apparemment paradoxal dans la morale anglo-saxonne si pudibonde, voire puritaine, en matière de mœurs et si fonctionnellement à l'aise en matière d'affaires financières. Ces deux dimensions (phobie du contact charnel, et grande décrispation vis-à-vis de l'argent qui contrairement au sexe n'aurait pas d'odeur) se conjuguant quand elles s'essaient à apprendre l'humain : aller droit au but dans une totale méconnaissance des leçons de l'histoire (l'histoire on ne la subit pas, on la fait, le passé ne doit pas empêcher le présent), fût-ce au prix de tous les raccourcis et courts-circuits de pensées, fût-ce jusqu'à l'aveuglement quand on tombe dans une impasse. Comme si l'important était d'être avant tout déterminé et d'en finir au plus vite, sans négociations qui seraient des compromis ou des sacrifices, insupportables quand on se croit possesseur d'une vision et non tributaire d'une histoire.

S'associe à cette attitude qui du point de vue de la vieille Europe apparaît infantile, et du point de vue du jeune et nouveau continent pragmatique, une récusation par avance des approches non maîtrisées techniquement, et quelque peu trop philosophiques. Voire pire, poétiques ou esthétiques.

Pourtant, l'apparente maîtrise anglo-saxonne a connu récemment quelques sérieux revers, du point de vue tant de la gestion de l'économie mondiale que de celle de la guerre contre le terrorisme. Le libéralisme économique sans morale n'a pas fait le poids face à l'avidité et à la cupidité trop humaines, et la paix imposée en Irak et en Afghanistan sans évaluation des besoins et des demandes des populations locales tend à s'embourber. Une majorité d'Américains se rendent à l'évidence, bon nombre d'entre eux ont cessé de croire à l'économie de marché quand la Bourse s'est effondrée. L'économie, la guerre, sont des affaires de confiance et de croyance...

Les pys croient dans le DSM comme à la Bourse : et si cette Bourse-là des nouvelles valeurs humaines s'effondrait ?

Comparer les appréhensions du monde dans les pays anglo-saxons et en Europe n'est pas affirmer la préséance de l'un par rapport à l'autre... Il ne s'agit pas du problème de la vérité du monde, mais du regard qu'on porte sur le monde. Et ce regard dépend de l'histoire et de la culture de chaque pays. Les Anglo-Saxons aiment plus les réponses que les questions et les solutions que les problèmes, aussi médicalisent-ils et judiciarisent-ils les comportements « déviants ». De 1987 (le DSM III révisé) à 1994 (le DSM IV), 354 nouveaux troubles ont été « découverts », « redécouverts », ou « renommés », ou « créés ». On pourrait facilement se gausser de ces psychiatres obsessionnels fous qui proposent d'étiqueter et de classer, en vrac, l'amour du libertinage, la crainte de perdre son travail ou de tomber gravement malade, de traverser une

autoroute, la timidité et l'introversivité devenues personnalité évitante et phobie sociale, les syndromes prémenstruels. On retrouve là les questions classiques du désir qui, frustré de n'être satisfait, se transforme en angoisse que l'on tente de contenir corps et âme... La vie, quoi ! Que tout cela puisse aider les généralistes à prescrire des anxiolytiques ou des antidépresseurs dans les quinze minutes qui leur sont imparties pour *écouter* leurs patients est une aberration ! Que cette classification soit culturaliste (pour un Américain, en comparaison, tout Latin n'est pas loin d'être un obsédé sexuel) et ait des visées commerciales d'augmenter la clientèle est une évidence ! Avec cette dimension supplémentaire étourdissante que ce business est moins cynique et immoral qu'amoral et pragmatique. La santé étant devenue un commerce comme les autres, soumis aux lois de l'économisme et de la saisie des opportunités.

Il faut donc s'interroger sur les visions pour un temps encore différentes des deux côtés de l'Atlantique, avec cette dimension de taille à prendre en compte quant à l'évolution... à savoir qu'alors que la France, dernier bastion d'exception culturelle européen, semble adopter massivement l'approche catégorielle américaine, certains, de plus en plus nombreux, aux États-Unis, évoluent dans le sens contraire (peut-être pourrions-nous combler notre éternel retard sur eux en... freinant). J'en veux pour preuve l'intérêt porté de moins en moins au catégoriel pour retrouver le dimensionnel, le désintérêt grandissant pour l'axe I des catégories diagnostiques au profit de l'axe II, celui des troubles de la personnalité édifié à partir des conceptions psychanalytiques, et la mise en place de l'évaluation d'un axe mécanisme de défense... directement inspiré de l'approche psychopathologique.

Anti-américanisme primaire, exception culturelle française... j'entends les cris d'orfraie des vilipendaires des risques de régression face à la modernité en marche. Peut-être cependant ces cris sont-ils quelque peu assourdis par

ceux des soldats et civils en Irak, et des hommes et des femmes brutalement ruinés et désemparés face à la débauche d'un système financier réputé solide et à la pointe ? Accepteraient-ils alors d'au moins écouter des réponses « françaises », des réponses sous forme de questions ?

Comment ne pas penser que les DSM sont étroitement liés à la nature et à l'évolution de la société américaine, de cet encore « nouveau » monde, qui est un autre monde que l'Europe, et qui, faute peut-être d'une histoire ancienne, éprouve la nécessité obsessionnelle, pour ne pas dire paranoïaque par moments, que l'objet en dehors de la norme soit identifiable et palpable, transformable en produit américain ? Cette vision n'est pas à rejeter sans analyse, mais elle se doit d'être pensée car elle est en radicale (et de ce fait potentiellement féconde) opposition avec la vision européenne historique à qui l'on reproche de conceptualiser avant que de percevoir et de réfléchir beaucoup et longtemps avant que d'agir... parfois pour le meilleur (le recul), parfois pour le pire (l'engluement). La liberté d'invention aux États-Unis est moins brimée, comme on l'observe en Europe, par la nécessité qu'une idée, une pensée doivent d'abord coller à un cadre théorique pour être évaluées. Les penseurs européens prennent le temps d'en référer aux anciens... Platon, Descartes, Spinoza. Les Américains osent plus facilement (parfois trop vite), remettent souvent la réflexion dans le temps de l'après-coup où, à force d'empirisme et de pragmatisme, ils pourront revenir en arrière, mais ils ont du mal à rater une opportunité nouvelle d'avancer. Pour le meilleur, en levant les craintes et les fantasmes qui sous-tendent les a priori. Pour le pire, en trouvant des solutions qui créent de nouveaux et plus terrifiants problèmes.

L'appétence pour le nouveau, si possible consommable immédiatement ici et maintenant, peut dans les mauvais cas s'apparenter à libérer une impulsion de destruction du

problème posé, ce qui en psychiatrie n'est pas une bonne façon de le résoudre. Gilles Deleuze est de ceux qui ont le mieux analysé cette dimension centrale dans la philosophie américaine : « On ne comprend pas le pragmatisme quand on y voit une théorie philosophique sommaire fabriquée par les Américains. En revanche, on comprend la nouveauté de la pensée américaine quand on voit dans le pragmatisme une des tentatives pour transformer le monde, et pour penser un nouveau monde, un nouvel homme en tant qu'il se fait. [...] Il y faut une perspective... il y faut une bonne perception, oreille et vue, et c'est le percept, c'est-à-dire une perception en devenir, qui doit remplacer le concept⁶³. »

Percept, voilà le maître mot. Tout pour le percept, à bas les concepts. Mais y a-t-il (même chez l'enfant innocent et impatient d'ignorer d'ignorer) un percept pur des choses, une imprégnation directe du système nerveux par les événements, sans que celui-ci n'en passe par un travail psychique dont le fonctionnement pour le meilleur comme pour le pire est hérité de l'histoire du sujet ? Ce que dénie l'approche pragmatique perceptive des choses... les faits rien que les faits, c'est le travail psychique *per se*, celui qui se meut dans la pensée, le rêve, le deuil, le jeu..., qui permet face au réel une fuite du déplaisir et une acquisition-tolérance-acceptation du plaisir. Cette naïveté, voire cette candeur qu'on observe chez bon nombre d'Américains, serait-elle liée à l'absence de ce filtrage par une activité psychique ? Cette fermeture jusqu'à la camisole de pensée chez certains Européens serait-elle liée à ce filtrage surpuissant par des histoires dogmatiques qui engluent la pensée, plus qu'elles ne la libèrent ?

Pour les auteurs européens attachés à la psychanalyse, il n'y a pas de perception mais une construction perceptive, du fait du travail psychique qui s'exerce immédiatement sur le percept. Percevoir n'est pas connaître, mais re-connaître

comme acceptable. Reconnaître dépend du rôle de la mémoire sur l'activité de perception. La réalité externe est donc une construction imaginaire, un travail de mise en présence à soi du réel. Travail d'investissement-désinvestissement-contre-investissement-déni... qu'on ne soupçonne pas face à l'immédiateté apparente de l'expérience perceptive. À la limite, la réalité externe n'existe pas en tant qu'elle est modelée immanquablement par la réalité interne. Combien de fois opposons-nous aux arguments de l'autre : « Tu as vu et vécu les mêmes choses que moi, c'est simplement que tu as interprété les faits de manière différente. »

Le sujet investit l'objet avant de le rencontrer, comme l'enfant s'illusionne de créer l'objet qu'il trouve à portée de main et de bouche parce que amené au bon rythme par l'objet.

L'infans hallucine son objet, mais, point important chez Winnicott : quand la mère est trop présente, trop bonne, trop complète, elle ne vaut guère mieux pour l'enfant qu'une hallucination, elle est plus créée que trouvée. À bon entendeur pour les psys réparateurs ! Et c'est ainsi que pour certains sujets, ce qui est réel, c'est ce qui manque et que l'absence d'un être cher sera ressentie par eux comme toujours plus forte que sa présence même. La question pour eux est alors de comment s'approprier la réalité de l'autre, quand elle ne leur est pas donnée mais qu'il faut sans cesse la conquérir.

Il y a donc un auto-engendrement par le sujet de son propre fonctionnement psychique. Ainsi la vie rêvée dans la conscience perceptive est-elle toujours plus vraie que la vie réelle, sans qu'elle soit forcément plus belle... plus rose, plus noire. Et il n'y a pas forcément à s'inquiéter qu'un sujet s'y installe un peu trop longtemps au détriment des tâches qu'il a à faire, car la fonction principale du rêve éveillé est de tourner et retourner la vie dans tous les sens, pour essayer de la comprendre. Le réel n'existe pas, et la vérité

est toujours invraisemblable car elle n'est jamais absolue. Les Américains le savent pourtant, qui ont inventé Hollywood et la publicité : il y a longtemps que la chose publicitaire utilise l'image de différents objets excitants, non pour ce qu'ils sont, mais pour ce qu'ils représentent.

Les risques de trop de pragmatisme ? Ni plus ni moins que la transformation des médecins en agents de la régulation sociale : quel soignant, même s'il s'en défend, ne prendra-t-il pas de moins en moins de risque dans la prévention de la délinquance ou celle de la violence des patients « psychotiques », dans le climat actuel ? Ni plus ni moins que la transformation plus profonde des médecins en agents sanitaires, professionnels dans la gestion de la propreté et du désordre dans les esprits... pourvoyeurs de signification et non de sens : quel soignant, même s'il s'en défend, osera encore une interrogation sur le sens d'un acte, dans le climat scientifique actuel du tout cognitivo-biologique ?

Quoi alors ? Toujours revenir à la « chose » freudienne, la sexualité, le triangle œdipien, et à cette étrange idée d'un inconscient à l'œuvre. De fait, il n'y a pas de sexualité dans le DSM, comme il n'y en a pas à la télé américaine. Sauf qu'en regardant bien, elle est là dans tous les programmes, qui se faufile partout, prenant tous les masques dont ceux les plus fréquents de l'indignation et du pardon. Il n'y a apparemment rien de pire dans la société américaine que de mentir sur sa vie amoureuse, ce trou noir qui n'en finit pas d'avaler l'argent des procès, nécessaire pour le combler.

Reprenons le DSM et cherchons entre les cases. Rien sur ce qui est essentiel à l'homme (non l'acte sexuel en lui-même qui ne nous différencie pas massivement de l'animal, mais ce qui l'anime, la libido, le désir et le fantasme... la curiosité sexuelle qui est proprement humaine et débute dès l'enfance, nous dit Freud). Avec le DSM, on saute directement à pieds joints au comportemental sans que

l'éros n'y soit pour quelque chose. Ce désir (où amour et hostilité sont liés) est selon nous dénié, et ce que nous voyons et craignons, c'est que cette désérotisation active du monde, première étape d'un désenchantement du monde, laisse la place libre, dans l'évaluation du patient, à l'agressivité jusqu'à la destructivité, au narcissisme négatif et à son bras armé, le sadisme.

Bref, un certain modèle de l'homme américain sain, pionnier qui jamais ne revient en arrière, va finir par s'imposer à l'humanité souffrante grâce au DSM : ni timide ou, pire, introverti, orphelin de père et de mère et donc sans histoire infantile sexuelle, ne souffrant jamais d'avoir à se séparer, habitué qu'il a été à la conquête de l'Ouest, individualiste forcené... et tout de même un peu rêveur, mais de rêves à l'eau de rose où se côtoient étrangement de gentils animaux et des extraterrestres ambigus. Et ce pour une raison essentielle : le déni ou le mépris de l'histoire du sujet, et avec un outil majeur sanctifié : celui des neurosciences qui ne peuvent être qu'entomologistes et jamais généalogistes.

L'influence majeure du modèle DSM fait traverser à la psychiatrie un pot-au-noir. La France, parmi les pays européens, entre en résistance et reste sensible à un psychisme « mondain » qui n'a jamais soufflé aussi fort qu'en réponse aux attaques dont il est l'objet - mais force est de constater qu'il souffle en contre, plus qu'il ne propose des innovations majeures. Quoi qu'il en soit, la question d'aujourd'hui est : pourquoi emprunter à nos amis américains leurs légitimes tâtonnements dans une histoire qu'ils subissent de plus en plus, alors qu'ils sont de plus en plus conscients des erreurs de leurs premières approximations naïves ? Ils en sont déjà revenus, du DSM catégoriel et du PMSI, alors pourquoi ne pas gagner du temps ? Pourquoi ne pas miser moins sur une rationalisation et une opérationnalisation générale des soins que sur une politique active de formation de ceux qui vont avoir de toute

façon à gérer la demande pressante du public, à savoir les omnipraticiens ? Sinon, serait de fait acceptée l'idée qu'ils soigneront « à l'abattage » les malades les plus défavorisés, sous la houlette de psys transformés en experts obéissant à la dure loi du père sévère, tandis que les patients plus favorisés s'adonneront aux joies du ghetto de la psychanalyse bourgeoise distillée par les derniers assistants maternels.

13. Choses vues

« Si les dingues d'aujourd'hui ne conviennent plus, et qu'il faut changer la société pour avoir des dingues différents, nous les anciens on ne demande pas mieux. Mais il conviendrait alors de réunir les Assises mondiales de la psychiatrie, afin que l'on se mette d'accord sur le genre de fous qu'on veut avoir, pour créer ensuite une société en fonction de la folie souhaitée, du nombre de dingues nécessaires à son fonctionnement, de l'usage productif auquel on les destinerait, des emplois qui leur seraient réservés dans des institutions spécialement créées dans ce but, avec une activité culturelle, idéologique, militaire, économique qui favoriserait le genre de folie recherchée [...] C'est ce qu'on pourrait appeler la Qualité de la vie. »

Romain Gary,
Pseudo

En attendant le PMSI-RIMP

Un monde de machines qui obéissent aveuglément à des programmes produits et réglés par des experts, et qui ne communiquent plus qu'entre elles. Les psys s'affolent, le RIMP (Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie) ex-PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) arrive, et avec lui le bilan à l'activité. On les rassure : il n'y aura pas d'effets pervers de surveillance

mais une évaluation légitime des rapports entre une dotation budgétaire et une « productivité ».

Admettons... Et admettons même que certains services ne feraient pas grand-chose avec beaucoup de subsides et de savoir-communiquer, tandis que d'autres travailleraient beaucoup avec de petits moyens. Et qu'il faut rendre justice pour le plus grand bien de tous... Admettons d'autant que c'est humain et donc probablement pas totalement faux !

Mais si cette technologie nouvelle de gestion n'a pas d'intentionnalité malveillante native, il ne faudrait pas méconnaître l'avidité et la cupidité de l'homme qui réussira à coup sûr à la pervertir : manipulation des codages, rentabilisation maximale des séjours, choix de maladies et malades rentables (il va falloir choisir prioritairement les folies qui rapportent si on veut survivre). Déjà certains se préparent, évitant les patients « lourds » et raccourcissant les durées de séjour. Nul besoin que tout cela soit effectif, la colonisation des esprits fait son œuvre. Pour satisfaire au nouveau credo financier qui va dominer la nouvelle gestion hospitalière, on va évidemment utiliser les systèmes de classification qui transforment toutes les « folies » en troubles cérébraux et troubles du comportement à rééduquer, tous les moi pathologiques en matériaux à reprogrammer avec un nouveau logiciel de mentalisation, et si certaines « folies » résistent, on les débaptisera pour les faire entrer de force si nécessaire dans les cases qui rapportent. La violence administrative en plus de la violence classificatoire sera-t-elle alors érigée en nouveau soin de la violence si l'hôpital devient une entreprise comme une autre ? Certains psys avaient déjà été transformés en procureurs de mèche avec la neurobiologie et le marketing des laboratoires (soigner ou traiter), en faux avocats de mèche avec la justice (soigner ou dénoncer), en faux prêtres (soigner ou consoler), les voilà bientôt nouveaux marchands du temple divisés qui se battent entre eux pour faire valoir la maladie du moment. Et une fois celle-ci « dégottée »,

courir au plus pressé pour la traiter, éludant le temps de la penser, obsédés qu'ils sont par une réadaptation du patient, pour le remettre dans le circuit.

Tout, pourvu que soit étouffé le scandale de la folie. Nos collègues somaticiens se plaignaient déjà de l'imperfection du système du bilan à l'activité quant à son adaptation à évaluer le financement d'actes purement techniques. Qu'en sera-t-il pour évaluer des actes psychiques, la qualité de la relation médecin-malade nourrie de l'engagement et de la continuité des soins, etc. ? On a beau chercher, dans ce système d'évaluation des soins : aucune valorisation du travail d'équipe et de synthèse (donc rien ne sera donné à ce qui est essentiel dans l'établissement d'un diagnostic sûr car soumis aux échanges des subjectivités, et à ce qui permet un minimum de recul et de confort de pensée à des soignants exténués) ; aucune appréciation du travail sur le sens et la cohérence d'un projet de soin coconstruit avec le patient (tout reviendra à coter les actes de prescription) ; aucun retour appréciatif sur le travail. Se rend-on assez compte que si toutes les médiations tant psychiques que corporelles, et culturelles, qui demandent un temps absolument nécessaire et indispensable au recul et aux déplacements, ne sont pas valorisées, ce n'est ni plus ni moins que le travail de pensée qui est rejeté au profit d'un fonctionnement opératoire ?

Tout est mis en place (alors que les États-Unis pionniers en la matière en sont à abandonner cette nouvelle technologie de gestion) pour que la sélection des patients rentables par des directeurs administratifs, la formation à l'informatisation des soignants, la manipulation des codages et l'utilisation objectivante des classifications aboutissent à des catastrophes thérapeutiques et éthiques.

Vu aux États-Unis, à l'American Psychiatric Association

Un économiste prix Nobel, invité à parler à la grand messe de la psychiatrie mondiale, débute en affirmant son identité de syndrome d'Asperger⁶⁴, puis, s'embrouillant dans ses notes et inversant les feuilles de son discours, annonce d'une voix tremblante à des centaines de psychiatres du monde entier, dans une salle comble, qu'ils se trompent en méprisant l'humain à force de le codifier. Les spectateurs écoutent moitié par intérêt pour le phénomène annoncé, moitié pour suivre le protocole infernal imposant cette conférence qui leur permettra ensuite de dîner à l'œil. Certains rient aux « bons mots » obscènes sur le conférencier qui commencent à circuler. La plaisanterie contamine bientôt toute l'assistance, obligeant le conférencier à s'interrompre. Les applaudissements sont très nourris et permettent d'abréger. Dans l'immense salle d'à côté, des dizaines de laboratoires pharmaceutiques vendent la fuite dans l'abrutissement narcotique, via des gadgets enfantins que les mêmes psychiatres bientôt s'arracheront.

Une chercheuse très âgée, de très haut niveau, très saine et verte d'esprit malgré sa préretraite, signe à tour de bras son nouveau best-seller qui avoue qu'elle s'est trompée du tout au tout et qu'il faut impérativement que les bébés-psy DSMisés américains retrouvent la vraie clinique européenne.

Un éminent pharmacologue explique que les antidépresseurs ne « marchent » pas mieux que les placebos chez les adolescents « déprimés »... mais probablement parce que ceux-ci sont surdiagnostiqués car surcotés et qu'en fait ils ne sont pas déprimés. On ne peut donc pas conclure à l'inefficacité des antidépresseurs puisqu'on les présente à des patients non déprimés...

Un psychanalyste post-New Age libertaire, promoteur de l'identité de genre, m'explique que Michael Jackson est le paradigme pour les adolescents de l'homme post-moderne : ni homme ni femme, ni adulte ni enfant, ni gay ni straight - bref, un ange, sans explorer plus avant sa part sombre et maudite qu'un jugement de valeur dans l'Amérique puritaine a trop vite qualifiée de démoniaque. Vu de l'autre côté de l'Atlantique, ça ressemble plutôt à l'histoire tragique d'un gosse à qui on a volé son enfance, qu'on a maltraité émotionnellement. Michael Jackson comme avant lui Kurt Cobain, et encore avant eux Marilyn Monroe, est devenu à son corps défendant une icône tragique. Tout le monde a bien entendu leur vie saigner dans leurs chansons. Mais qui s'est demandé ce qui saignait en eux ? Peut-être, ni plus ni moins dans cette Amérique où le pardon le dispute à l'hypocrisie, ce qui finira par les rattraper au tournant, leur sexualité infantile violentée : Marilyn (« Mon cœur est à papa »), Kurt (« Rape me »), Mickael (« Beat it », « Dirty Diana », « You are not alone »... et surtout « Who's bad »). Ces icônes sexuelles, où il y a plus d'infantile que de sexuel, sont les tragiques avortons du retour du refoulé dans la névrose sexuelle américaine. Ils affirment à tous ceux qui les adulent que l'amour infantile est fou parce que tendre et tendre parce que fou, et qu'il ne faut pas le juger ni en bien ni en mal, car il est innocent d'être capable de tous les crimes. Ces trois-là ont été envahis par une folie pulsionnelle, qu'ils ont tenté, tant bien que mal, de contenir dans leur musique et dans leur jeu, mais qui leur est revenue, dans leur vie personnelle, en pleine face, comme un boomerang. Ils ne sont parvenus à apaiser leur terreur d'exister que sur scène, le seul endroit où il reste convenable d'exprimer ses fantasmes en replongeant dans ses expériences infantiles, le seul endroit où, pour un temps, un temps seulement, dans cette ultime réserve dévolue à la fantaisie, on peut échapper aux nécessités des

exigences de la vie et aux contraintes de la réalité. Surtout si ça rapporte. *That's entertainment...* Mais gare aux sorties de scène.

Une foule de stands communautaires : les psychiatres juifs, les psychiatres homosexuels, les psychiatres ayant une expérience psychotique..., à côté d'une foule de stands d'associations de patients et de familles de TOC, de troubles bipolaires, d'hyperactivité. Et tout ce beau monde de solliciter des solidarités, mais entre soi, comme si nos différences en dépit de notre socle humain commun empêchaient toute possibilité de nous entraider. Comme si le pire n'était pas de rester entre soi. Des groupes d'individus étiquetés, par leur affection, soumis à l'autorité d'une maladie comme si c'était elle l'auteur de leurs jours, donc paradoxalement niés dans leur ressemblance humaine. De la reconnaissance médicale après que juridique et politique, de pseudo-identités différentes, nul doute qu'après cette période libertaire viendra celle de l'installation de quotas dans une volonté de discrimination positive.

Dans la même lignée, une foule de stands vendant le concept d'unités de psychiatrie surspécialisées, qui verrouillent l'homogénéisation des troubles du comportement par regroupement des « mêmes malades » dans la même unité. Pas certain que les patients dociles ne les aident d'un ultime tour d'écrou : « À défaut d'identité ou de personnalité stable et sereine, je serai donc ce que vous me dites que je suis. »

Un stand animé par de singuliers patients autobadgétisés « les Survivors » parce qu'ils auraient réchappé à leur maladie. Ils seraient dès lors les mieux placés, puisque ayant tout compris. J'y rencontre beaucoup de morts-vivants, de fuites factices et superficielles dans des guérisons-pièges consenties plus qu'assenties, de résilients faux-selves ou clivés, de militants extrémistes...

Un stand vantant le *Family-day* dans les entreprises : les enfants des employés d'une grande entreprise visitent leurs parents au travail le premier mercredi du mois. L'observatoire de « la parentalité en entreprise » (*sic*) explique que « les petits aiment visualiser leurs parents partant le matin, ça les rassure. Quant aux collègues, ils ne se voient plus comme de simples salariés, mais aussi comme des hommes et des femmes, mères ou pères⁶⁵ ». Invité récemment, au téléphone, par un jeune cadre dynamique à venir discourir sur « la souffrance au travail », j'envisage dans ma tête d'appuyer sur la touche étoile pour demander plus d'information quand déjà la réponse fuse : « Vous aurez vingt minutes après l'allocution introductive du président. » Je me souviens alors d'un de mes patients, et j'articule lâchement mais le plus intelligiblement possible : « Veuillez rappeler ultérieurement... » Ce patient, dont le métier d'ingénieur avait été perverti, exigeant de lui d'inventer les répondeurs automatiques qui au téléphone vous obligent à attendre avec l'aide d'une musique d'aéroport ou d'ascenseur ou encore de parking spécialement conçue pour vous et d'où émerge la toujours même voix, doucement totalitaire, d'une femme robotisée, vous invitant à taper sur la touche 1, 2 ou 3... bref, cet homme comprenait qu'on utilisait avec lui les mêmes méthodes de labyrinthification pour uniquement éviter d'avoir une réponse à votre question, qu'on le traitait comme ceux qu'il maltraitait, et ça le déprimait si fort qu'il envisageait de prendre définitivement le large. Au nom de l'identité d'entreprise, je suis (du verbe *suivre*) ou je quitte...

Vu en France

Une horde de psychologues cherche un stage pour valider leur cursus (deux à trois demandes journalières dans mon service) avant que d'aller pointer au chômage alors

que les hôpitaux manquent cruellement de psychologues. Et Alain Juppé, premier ministre qui, droit dans ses bottes, affirmait qu'on n'avait pas besoin d'autant de psychologues et qu'il fallait faire désormais attention avant de choisir une filière professionnelle en vérifiant s'il y avait au moins des débouchés, avant que Nicolas Sarkozy ne s'interroge sur l'utilité d'étudier *La Princesse de Clèves* pour les futurs fonctionnaires, laissant entendre (c'est là le drame et non le fait que la culture ne le passionne pas) que ce n'est pas utile pour ce qu'ils auront à faire : traiter techniquement de l'humain.

Rencontre avec un jeune et brillant collègue de retour de deux ans au fin fond des États-Unis. Le trouve prématurément vieilli, en surpoids notable et amer. A passé la majeure partie de son temps à rédiger des articles pour espérer être nommé en France. S'est senti humilié d'avoir été utilisé pour entrer des données et sortir des courbes. Avait cru qu'il y avait encore une Amérique pour la recherche de pointe et s'est confronté au marketing et à l'industrie.

Je discute longuement avec l'un de mes collègues, épuisé d'aller récupérer sur les trottoirs des villes les malades errants. Laisser des patients psychotiques, et d'autres, enfermés à l'intérieur de la prison de leur dépression sans fond est une barbarie. Comment résister à cette déshumanisation progressive qui fait que, chaque jour, en allant sur le chemin qui nous mène au travail, on ne s'arrête plus devant un homme ou une femme qui a passé la nuit dehors ?

Déjeuner avec un ami psychiatre militaire. Menu du jour : les cellules de crises psychologiques mises en place pour faire face à la foule de traumatismes naturels et terroristes

auxquels est soumis l'homme du XXI^e siècle. Il m'explique les deux points de butée : d'une part, le surcroît de travail qu'ont à gérer les professionnels avertis, dans la récupération des jeunes psychologues ou autres apprentis traumatologues non formés, qui face à la massivité et à la cruauté des situations se mettent à « réfléchir » aussi tardivement que bruyamment, quand ils ne sont pas sidérés, à leur impuissance ; d'autre part, la remise en cause du fameux débriefing dans bon nombre de cas où il est loin d'être certain qu'il faille ne pas avoir à respecter le moment du choc, et que se dévider ne favorise pas plutôt le processus de refoulement et donc de déprise, de l'effet excitant du trauma. Le refoulement est toujours conservateur, aussi est-il utile d'attendre le moment propice entre chaud et froid, pour permettre une amorce d'élaboration.

Envoie mon fils revendre et échanger chez Gibert Jeune une pile de vieux livres scientifiques dont un exemplaire du DSM IV. Il revient avec une poignée de Balzac, de Flaubert et de Simenon.

Vu en Suisse

Ne stigmatisons pas nos amis suisses qui nous ont donné Rousseau, Constant, Ramuz. Mais en ces temps de crise, comme en d'autres temps, leur mentalité semble être à nouveau neutre, c'est-à-dire tout sauf bienveillante, comme en témoigne leur résistance à lever les secrets bancaires et à laisser s'élever quelques minarets. La neutralité est toujours le témoignage d'une unique obsession, à double face, de la prospérité et de la pureté. Comme si on pouvait réussir (génie mis à part) sans quelques indécidables avec la moralité et comme si nature primait sur culture. Freud aurait dit à Bleuler : « On voit bien que les Suisses ont inventé la neutralité... l'éros n'a pas passé la frontière. » Ce

que confirme Christian Boltanski⁶⁶, avec son humour sombre, vantant chez les Suisses leur obsession de l'hygiène que seconde l'abrutissement de leur quête effrénée de prospérité : « J'aurais pu faire des Allemands morts ou des juifs morts... ça a un effet comique parce que les Suisses n'ont aucune raison historique de mourir, ils sont riches et sains. » Tout est propre en Suisse, même et surtout les chocolats, c'est dire !

Invité dernièrement à visiter un service de psychiatrie en Suisse, j'enviais la beauté et l'étendue des parcs qui bordaient les pavillons blancs immaculés, quand, interrogeant mon collègue sur l'intensité des piaillements des oiseaux en cette saison, il m'expliqua l'ingéniosité du système électronique qui régissait depuis peu la vie des arbres et des fleurs dans les parcs, et qui imitait à la perfection (mécanique) le bruit des oiseaux et dès lors redonnait un peu d'humanité à la structure asilaire. Le silence va être de plus en plus difficile à trouver. Quant au repos et à la paix... Au-delà du fantasme que cela ne contribue à rendre les malades véritablement fous, je m'inquiétai qu'avec ces pépiements d'oiseaux électriques les soignants sains n'entendent plus les murmures et les soupirs humains. Il y a déjà la voix de synthèse des standards téléphoniques dans les aéroports, les gares et les ascenseurs, et bien sûr au téléphone, qui finit par donner le sentiment étrange que c'est toujours « la même femme, partout en France, avec sa voix posée qui n'est jamais capable d'humaniser la situation⁶⁷ » à qui l'on s'adresse. Voilà aujourd'hui que nous n'avons plus droit qu'à un seul oiseau.

14. Méchantes humeurs

« Vous qui connaîtrez
les ultradéterminants de la pensée
et du caractère de l'homme,
et sa sur-hygiène,
qui connaîtrez le système nerveux des grandes
nébuleuses [...] jamais, jamais, non jamais, vous aurez beau
faire, jamais
vous ne saurez quelle misérable banlieue c'était
que la terre.
Comme nous étions misérables et affamés de
plus grand.
Nous sentions la prison, je vous le jure.
Ne croyez pas nos écrits (les professionnels...
vous savez).
On se mystifiait comme on pouvait. »

Henri Michaux,
Plume

Comment en est-on arrivé là ?

Comment a-t-on pu accepter aussi facilement d'évaluer le psychisme humain... et l'esprit qu'il génère avec un aussi misérable instrument que le DSM ?

Comment a-t-on pu désigner des actes, des gestes, des comportements, des conduites humaines, fussent-ils « fous », dans un langage administratif et une codification chiffrée, les enfermant dans des contenants (de pensée mathématisée) si serrés qu'on les a vidés de leur contenu ?

Comment avons-nous pu inventer une nouvelle clinique psychiatrique « moderne » qui prolonge et caricature une très vieille idéologie ?

Comment avons-nous pu céder au nombre pour qualifier des affects, et le décréter essence de toute chose, alors que même les mathématiciens conçoivent qu'il existe des vérités folles impossibles à démontrer et savent que leur instrument est avant tout un moyen d'ordonner le chaos ?

Comment avons-nous pu croire à ces nouvelles prophéties de prédictions dans l'œuf génétique des déviations mentales par la science, sans voir qu'elles étaient construites moins pour prévenir que pour se réaliser... en contrôlant tous les « affreux » dès qu'ils commenceront à bouger ?

Comment les médecins sont-ils passés du statut de dieux - parentaux - idéalisés à celui d'experts à qui il est demandé moins compassion que compétence et devoir ? Avec des aspects positifs (le droit à la santé n'est plus devenu une espérance mais un acquis) et des aspects négatifs (le soin n'étant pas loin d'avoir pris le statut d'objet de consommation). Le soin devenant une marchandise, le médecin s'est parfois égaré à jouer les comptables si ce n'est les banquiers et les cartomanciens désormais moins psychanalytiques que génétiques.

Comment ?... Peut-être qu'un jour le DSM sera-t-il vu comme le symptôme de l'époque néoconservatrice qui a suivi l'époque libertaire des années 1970⁶⁸, où la question n'était plus celle du désir, mais de la satisfaction via la rentabilité. Un retour de bâton qui proclamait de nouvelles-anciennes valeurs (discipline, autorité, conscience morale) et un retour du principe de réalité salutaire ? Peut-être, mais dont la dérive extrême aboutissait à dépasser son but jusqu'à obliger l'être humain à s'abstraire de la réalité de son désir. Cette abstraction-géométrisation de la vie même est une pensée opératoire qui a totalement infiltré le

langage du jour. Pour pouvoir avoir un langage commun face aux « fous », et ne plus se disputer sur la polysémie des termes que chacun apposait sur la folie, nous avons cédé à la communication qui fonctionne par le biais d'opérations simples, addition et soustraction, même plus multiplication et division. Comme si même l'être fou ne pouvait plus qu'*être ou ne pas être...* fou, et non *être et ne pas être* fou (dans le même temps, le même mouvement, dans une identité multiple), *être et n'être pas* fou (personnalité divisée), etc.

À quoi bon être fou alors, si la folie n'est pas tant soit peu un refuge pour les paradoxes et les contradictions ? Si une tolérance certaine pour ce refuge temporaire (en luttant contre le retrait et le retranchement à soi et au monde) n'est pas consentie, il est à craindre que les fous ne soient obligés d'aller encore plus loin...

« Et si vous n'engagez pas votre vie... jamais elle ne sera vôtre⁶⁹ », disait Schiller : il serait bien que les médecins s'en souviennent et l'intègrent au serment d'Hippocrate.

Tout essai qui n'implique pas un véritable engagement personnel est évidemment une imposture, l'auteur masquant sous couvert de la sacro-sainte objectivité ses véritables attentions et intentions. À moins que son essai ne se conforme à la mode du moment et au désir supposé de ses lecteurs dictés par les publicitaires en vogue. À moins qu'il ne suive docilement le discours politique ambiant. Si cet essai a, je l'espère, évité des recettes publicitaires, il s'est bien gardé, si tant est que ce soit possible, de ne pas être politique. Le discours politique est dirigé par essence vers le collectif, tandis que celui du psy s'attache à chaque individu, et c'est ainsi que le second ne peut quand il s'exprime dans l'agora se contenter d'être une courroie de transmission du premier.

Il faut dénoncer l'autoritarisme émotionnel de certains qui, à chaque opportunité d'un fait divers impliquant un malade

mental, versent des larmes chaudes pour mieux faire passer des décisions froides (augmentation des contraintes au soin en hospitalisation et en consultation, justice adultomorphique pour les adolescents), qui, à chaque occasion, célèbrent la générosité et l'abnégation des services sociaux, éludant l'ambivalence quand ce n'est pas l'aveuglement qui préside peu ou prou à certaines de leurs interventions.

Si nous n'y prenons garde et si nous ne pouvons plus appréhender la « folie » de nos patients sans nous référer au guide social adaptatif qu'est le DSM, alors nous risquons de devenir des « fonctionnaires » de l'ordre mental, c'est-à-dire que nous aurons renoncé à l'exercice de l'« art de la médecine » et au travail quotidien auprès des patients pour un « emploi » qui nous obligera (avant que nous l'ayons introjecté) à réaliser une fonction sociale dans un cadre de plus en plus déterminé (sécurité, tolérance zéro, pas de prise de risque...). Et nous pourrons alors être pleinement nous aussi « attachés » et « sécurisés » quant à notre utilité, par la garantie de notre réussite que confirmera l'institutionnalisation de notre emploi.

L'esprit humain ne se satisfait pas de la « vérité » édictée par les médecins-fonctionnaires, il veut la mémoire de ce qui a eu lieu d'être et de ce qui n'a pas eu lieu d'être. L'esprit humain n'a que faire de la réalité nue, il veut l'affect et le sens.

La psychanalyse ne revendique pas une illusoire voie d'accès à la vérité historique de l'homme, mais elle sait comment s'écrivent les palimpsestes, et ce qu'ils veulent recouvrir. Elle dit cette chose simple : pour ne pas avoir peur de l'histoire et parvenir à la faire, il faut pour le moins ne pas l'éluder. D'où l'importance de se dégager de nos romans familiaux et des secrets et non-dits qui pullulent dans les placards et cagibis, pour advenir... dans un récit de soi-même, une autohistoricisation, qui ne soit pas falsifiée. L'histoire ne se répète que pour ceux qui ont voulu l'étouffer, et l'idée qu'elle puisse avoir une fin ne peut

appartenir qu'à ceux qui veulent à toute force s'en déprendre. Freud, l'éternel désillusionniste, rétif à être un instructeur et a fortiori un guide, ne manquait pas d'exercer son esprit critique sur la psychanalyse : « La psychanalyse a commencé en tant que thérapie, cependant ce n'est pas en tant que thérapie que je voulais la recommander à votre intérêt, mais à cause de son contenu de vérité... sur l'homme⁷⁰. » La vérité... un monceau de vérité, une vérité, sa vérité, tant il est vrai que la réalité n'est jamais accessible dans sa globalité et qu'il y a toujours la tragédie de la projection de sa subjectivité. Ainsi la psychanalyse s'emploie-t-elle à un travail où la guérison ne vient que de surcroît couronner une épreuve difficile. Épreuve au travers de laquelle le sujet parvient, au prix de la reviviscence des pertes d'illusion successives, à accéder à une certaine réalité. Épreuve qui n'est certes pas une partie de plaisir et que d'aucuns s'évitent soigneusement, amputant de larges pans de leur psyché et de leur vie d'étonnants développements potentiels.

Une certaine idée de l'homme, un certain droit imprescriptible de l'homme à l'existence et à se construire une destinée plutôt qu'à n'être que le fruit d'un destin, voire d'une fatalité tragique, a disparu. Nous sommes entrés dans une ère de destruction de la raison par la raison raisonnante et dans la civilisation du conformisme généralisé.

Le réel n'est plus une création (la réalité n'existe qu'au miroir de la pensée), mais une donnée brute, et il semble de plus en plus suspect de vouloir mettre un peu d'art dans sa vie pour mieux l'imaginer et la transformer en existence et donc lui survivre... Il ne faut plus se référer qu'aux faits, fussent-ils aussi bêtes que têtus. Y a-t-il encore dans le monde une puissance d'idéal qui rende le réel merveilleux, fantastique ? Nous n'avons plus droit dans ce positivisme échevelé à notre aire d'illusion. Le grotesque rôde. Il n'y a plus de fête, il n'y a que des dates et des répétitions pour

des anniversaires et des commémorations vides de sens... absents que nous sommes d'un rapport avec l'irréel dans le réel. Nous errons dans la « communication » et le « coaching » où règne la tautologie du vide, nous refusons l'échange et la possibilité de nous nourrir les uns les autres parce que nous comprenons que tout le monde ment et que nous ne pouvons faire confiance à personne. Et, c'est sûr, il n'y a aucun progrès possible pour l'homme s'il a peur de l'intelligence de l'autre. Les épreuves de force ne cachent plus la brutalité des intentions. On n'édifie plus sa sculpture de soi qu'en détruisant l'autre. Virilités agressives de castrés congénitaux, narcissisme du vide parce que sans mémoire-miroir.

Dans cet automatisme qui tourne à vide, nous éprouvons l'intuition du malheur lorsque parfois nous entendons le cliquetis métallique du rouage d'une compulsion comportementale stérile que nous nous fabriquons et qui s'auto-génère et s'auto-renforce en nous et sans nous. Alors la servitude volontaire s'abat sur nous et nous anesthésie au point que nous ne savons plus manifester ne serait-ce qu'un réflexe pavlovien dicté par la nécessité bio-psychologique de constance, et elle finit par être intégrée dans notre fonctionnement. Et nous voilà non seulement impuissants, mais même plus désireux de changer l'ordre des choses. Nous sommes devenus CHOSE.

Pour le psy, ce réflexe ne s'activerait, pour éviter de tomber gravement malade, que lorsque le fonctionnement humain n'est plus infiltré par ce qui peut le transcender, l'émotion ou le désir, et qu'on se refuse à se laisser affecter par l'autre de peur d'y perdre son identité... Mais il faut aller plus loin, la psychologie n'est pas une économie de marché... Faisons bien attention à ce que les règles morales ou les valeurs éthiques ne soient broyées dans les rouages économiques d'une psychologie quantitative, de gradation. Très vite, il faut remettre de l'huile dans le système, car alors rien ne nous prémunirait plus contre les systèmes de

pensée qui n'arrivent plus à penser que des systèmes. Plus nous serons enfermés dans un système institué en « vérité », plus nous serons disposés à la destructivité car le pouvoir technique des hommes leur permettra, c'est sûr, de s'exterminer mutuellement jusqu'au dernier. Car de fait, si l'homme ne peut, pour des raisons historiques personnelles, s'accorder la « grâce d'une trêve avec soi-même » dans la rencontre avec l'autre, ou encore ne peut se lier, face à l'adversité d'une altérité, il « s'adapte » en agressant ou en s'autodétruisant. La mort devient elle-même une production... jusqu'à subir le maintien d'une forme de vie, une productivité. Mais cette production ne produit rien d'autre que de l'inanimé. Pour produire de l'animé, il faut le travail et la créativité. Or il n'y a pas de créativité qui ne soit confrontation au néant. Nous avons un rapport avec la mort, mais n'en avons plus avec le néant. Il est pourtant quelque chose qui existe... et contre lequel il faut s'adosser pour créer.

La liberté devient pour certains, qui ne peuvent que la retourner contre eux, faute de recul possible dans l'émotion et a fortiori dans la réflexion, la liberté de se détruire, et pour d'autres, plus malins, la liberté de contourner les lois, de leur désobéir... à charge pour leurs avocats de différer les sanctions. L'actualité, dans les banlieues où tout se paie cash et dans les ghettos de riches où tout est investissement sur le temps qui reste à vivre, est là encore probante.

On assiste bien sûr à un retour en force du religieux et de la morale : toute croyance est bonne à prendre dans les périodes de chaos. Tout l'acquis des Lumières se liquéfie puisqu'on en vient à réfuter Darwin aux États-Unis. Les neurosciences triomphent, elles rassurent et consolent, à défaut de pouvoir guérir, ceux qui y quêtent religieusement la grâce des certitudes, moins contingentes et dangereuses, que celles de l'histoire collective et des petites histoires personnelles. Elles posent avec autant d'arrogance que de

naïveté que seul importe l'objectivation des faits, source d'efficacité, et que les « opinions », « idées », « hypothèses » sur le sujet humain ne sont pas de leur domaine qui est celui de l'individu. Elles osent prétendre nous dire comment émergent et ce que sont nos pensées, et en sont déjà à épinglez les valeurs morales sur des sites cérébraux, rêvant d'adéquations des fonctions cellulaires et des fonctions sociales.

Les neurosciences veulent liquider la notion même d'inconscient en le réduisant à un préconscient cognitif et n'imaginent même pas que la conscience rationnelle n'est qu'une illusion. Cette annulation va évidemment de pair avec celle du rôle du sexuel pour ceux qui ne peuvent concevoir que la conscience réflexive baigne dans l'éros et que la générosité d'un cœur est indéfectiblement liée à celle de la chair. Or l'inconscient est le lieu où travaille l'excitation primaire (la pulsion freudienne, l'élan vital bergsonien, les flux du désir deleuzien... ce qu'il y a de plus impersonnel en nous), la sexualité et le message de l'autre. Ce mixte que certains reniflent comme sale constituant la pure subjectivité de l'être. Les fantasmes inconscients, contrairement à ce que posent les freudiens les plus orthodoxes, ne cherchent pas à rendre plus heureux l'homme ou à le faire plus jouir. Ce mélange pulsionnel d'Éros et de Thanatos vise d'abord à maintenir l'homme dans une continuité heureuse ou malheureuse qui a prévalu à sa naissance. C'est son articulation au moi et au surmoi qui donne un résultat névrotique, psychotique ou limite.

Les psychologies de *l'ici et maintenant*, cognitives et attachementistes, jubilent. Enfin le sujet n'a plus d'inconscient, de sexualité et plus d'histoire, ce qui le mettra peut-être à l'abri du retour du refoulé de l'histoire collective et personnelle. Elles ont beau jeu car elles nous protègent de notre concernement de l'humain grâce à des théories, idéologies infiltrées de la moralité ou de l'immoralité de certains de leurs concepteurs. La

« morale » de Nietzsche, toujours et encore Nietzsche, qui se voulait Dionysos et non le crucifié, qui voulait jouir et non être consolé, pour avoir un destin et non être soumis à une fatalité tragique. Sous le prétexte de l'impartialité de la science, elles nous permettent, à défaut de vivre le réel, de le classer à l'aide d'échelles qui ont abouti à exclure, en l'isolant, toute déviance et à définir en creux une normalité aussi fade qu'illusoire dans un monde de gens sains identiques ; un monde où le référent est l'homme statistique qui crée des hommes-copies.

S'il faut bien évidemment accepter que la science change de repères au fur et à mesure de son développement, on doit s'interroger : y a-t-il encore aujourd'hui une « science » humaine ? Et comment arracher les individus aux généralités et aux archétypes que le scientisme définit ? La norme n'est plus philosophique et religieuse, elle est devenue, avec la médicalisation de la société et la victimisation de ses sujets, médicale et juridique. Technique et pragmatisme qui n'empêchent pas le « diabolique » (l'un des masques préférés de l'inconscient) de s'exprimer. Au contraire ils l'exacerbent. Comment, par quelle subversion de l'éthique médicale, les psychiatres français ont-ils pu accepter sans réagir les classifications anglo-saxonnes des maladies mentales, et les questionnaires de recherche qui se multiplient et qui sont les (grands ?) frères et sœurs des autoquestionnaires qui pullulent dans les magazines et vous livrent en cinq questions votre profil de personnalité, votre quantum d'estime personnelle, votre tempérament libidinal, vos goûts culinaires sous forme sucré-salé et je ne sais quoi encore d'autre... d'autre que vous ? Vous calculez vous-même le nombre de vos points et vous installez confortablement votre âme entre les quatre murs d'une catégorie. Vous n'avez plus, munis de ces nouveaux popcorns, qu'à installer votre corps devant la télévision publicitaire et à avaler ces offres de contrats narcissiques, à acheter ce que maintenant vous savez vous faire défaut.

Nous voilà à penser, si toutefois c'est penser, en paranoïaques qui ne reconnaîtraient pas l'inconscient (le sien et celui de l'autre) ou le soumettraient à la rigidité d'une logique infiltrée de morale sous couvert de respectabilité sociale et de légalisme qui abolissent tout génie humain de l'ambiguïté. Tout cela s'apparente à un déplacement au niveau individuel de la crainte ancestrale de l'anarchie et de la folie. Mais si presque tout le monde, maintenant armuré de techniques apprises par les marchands de l'estime de soi, n'a plus peur du monde, tout le monde a peur pour le monde qui fond sous la chaleur industrielle.

Il y a toujours un décalage entre le succès d'une théorie-idéologie du monde et les applications qui en découlent. Quelles seront demain les réalisations en matière thérapeutique des théorisations biologiques et cognitives comportementalistes de l'homme ? Nous en sommes au début avec l'utilisation de thérapies soft de déconditionnement-reconditionnement... Irons-nous du fait de la résistance, même sourde et inconsciente, de l'humain à l'inhumain, vers des techniques plus dures de correction de prétendus désordres biologiques et de (troubles du comportement) socialement inadaptés ? Désordres et troubles que l'on n'aurait plus le droit de rapporter aux conditions sociologiques de leur définition puis de leur judiciarisation.

Peut-on espérer voir la fin d'un cycle de pensée rationalisante ? Verrons-nous enfin les psychiatres dénoncer le nouveau contrat social qui veut les aliéner, rejeter les tentatives d'évaluation des coûts, verser dans le même bain les classifications arbitraires et leurs insidieuses tentatives d'enfermer l'humain dans des cases, désobéissant à une société qui ne veut plus de désordre et de folie ?

Nous n'avons plus le temps de réfléchir sur l'évolution de la civilisation occidentale et sur l'exigence morale et

spirituelle qu'il faut lui opposer avec force, pour que l'homme retrouve la préoccupation de ce qui le dépasse et que sa vie ne soit pas seulement une existence, au sens d'une extériorité observable, mais aussi une intériorité avec sa complexité, ses zones d'ombre, ses zones d'indécidabilité et de paradoxes, son « insaisissabilité ». Oserons-nous encore obéir au désir de liberté ? Oui, si nous concevons que la liberté, cette vivance émotionnelle qui génère le besoin de différence, est dangereuse et contingente.

Épilogue

L'homme, cet animal pas comme les autres

« Ce qui élève l'homme par rapport à l'animal, ce n'est que la conscience qu'il a d'être un animal. »

Hegel,
Esthétique

Il y a un parallèle saisissant entre l'effondrement annoncé (ou fantasmé ?) des structures financières basées sur le tout économique spéculatif et l'effondrement annoncé ou fantasmé du système classificatoire des maladies mentales, vérifiant le très vieil adage qui dit qu'un système peut appréhender *in extremis* sa structure démocratique égalitaire à la manière dont il traite ses « pauvres » et ses « fous ». La raison en est simple : les deux systèmes sont basés sur la même idéologie dogmatique, le rationalisme et l'économisme, avec laquelle on a élevé des apprentis experts auxquels on l'a vendue comme une science. Science sans beaucoup trop de conscience si ce n'est celle, pleine des contorsions du cynisme, qui ne prend pas en compte les dimensions humaines, trop humaines, d'avidité et de cupidité, croyant que tout finira bien par s'équilibrer en obéissant à la loi du marché. On sait aujourd'hui qu'une

poignée de « malins » déjà riches ont perverti cette loi pour faciliter l'escroquerie d'un grand nombre de déjà pauvres. Qu'en est-il pour la nouvelle loi qui traite plutôt que soigne les fous ?

À quoi peuvent bien servir ces misérables vertiges de listes avec leurs monceaux de codifications et de sous-codifications à rallonges ? Non à évaluer l'homme qui est tout sauf un schème ou une abstraction, et encore moins un objet mathématique idéal comme un logarithme. Il est un corps hanté par une histoire pleine de questions sans réponse sur son origine et sur sa fin... ce qui ne semble préoccuper aucun robot (à part HAL 9 000 dans *2001, l'Odyssée de l'espace*) et aucun animal (à part ceux qui fréquentent les films de Walt Disney). C'est pourquoi tous les modèles informatiques ou animaux (et le DSM, qui n'étudie que les faits et les comportements d'un « homme-machine⁷¹ », est un modèle animal en soi) ne sont guère transposables à l'homme, parce que, en plus des variations génético-biologiques, l'espèce humaine, si elle est animalité, est entre autres animalité déraisonnable (Levinas) et falsificatrice (Nancy Huston).

Ce qui devrait suffire à mettre de côté le système DSM...

L'homme est pourvu, contrairement à l'animal (et ce jusqu'à preuve du contraire), d'une conscience réflexive, qui lui permet de se penser, c'est-à-dire de penser quelque chose de ce qui lui arrive ou mieux de ce qui l'affecte (de l'extérieur comme de l'intérieur), mais aussi de penser sa pensée. Si le « cogito » est le point de départ de la conscience et de la vie sociale, il est aussi ce que les « psys » ne cessent de rappeler, des cognitivistes⁷² aux nouveaux moralistes en passant par les psychanalystes chacun à leur manière, une praxis et qui plus est médicale. La pensée soigne, parfois même guérit, mais parfois encore elle ne fait que colmater, quand elle devient fétiche

(schème de pensée, idiome psychanalytique). Hegel et Nietzsche rappelaient avant tous les neurobiologistes et les généticiens (modèles animaux, continuité génétique, patrimoine génétique commun jusqu'à 99 % avec le singe bonobo⁷³) que la différence entre l'homme et l'animal, ça n'est pas grand-chose... mais ce pas grand-chose, ça n'est pas rien sauf quand l'homme s'oublie et qu'il retrouve dans ses comportements grégaires son animalité. Et dans ce mixte entremêlé de développement et de régression, tout devient alors malheureusement possible.

L'animal n'aurait donc pas de conscience réflexive et de théorie de l'esprit ou en tout état de cause serait loin d'avoir atteint le niveau humain. Ce petit différentiel va changer tout, provoquer un petit sursaut tonique bien plus considérable que celui qui a conduit l'homme à se mettre debout car dans cette position de méta-pensée, le vertige face aux gouffres est plus grand, aussi grand que la tentation à la croyance. Cette conscience que l'autre qui lui fait face pense, sait quelque chose, etc., cette conscience (et non pas seulement cette capacité réflexive) de l'homme est peut-être née de l'interaction féconde de différents systèmes neuronaux qui l'ont obligé (c'était son intérêt) à développer un langage pour pouvoir communiquer et échanger ses savoirs avec celui à qui il attribuerait une conscience, des pensées, un savoir...

L'homme peut aussi et de plus voir sa pensée déborder (de) sa conscience quand il réfléchit, parle, et surtout peut-être rêve et écrit. Il s'a-perçoit (a-perception, a privatif) alors que, au-delà, voire hors de sa conscience, il a un esprit... ou qu'à un certain moment, du fait même de cet étrange appareillage (conscience réflexive, langage, émotion), s'ouvre pour lui seul un espace psychique. Plus ou moins selon son âge et son développement et selon les circonstances. La psychanalyse s'intéresse électivement et avec passion à cet espace, et elle n'a de cesse de référer la

constitution de celui-ci à la prime enfance du sujet et singulièrement dans la relation narcissique trans-corporelle (chair à chair) entretenue avec ses objets premiers. Cette possession par le corps de l'autre, poly-sensorielle directe, est celle qui génère l'émotion, qui, bouleversant les schèmes cognitifs, ouvre l'espace psychique évoqué.

Revenons-en donc aux commencements : cette conscience réflexive, qui naît dès la première année, pose question au petit d'homme, lors de sa fameuse première confrontation à un miroir, cet objet inanimé que notre reflet anime magiquement. L'enfant d'abord s'en étonne, puis peut-être (qui sait ?) s'en enorgueillit un moment, mais surtout arrive rapidement à en douter. D'autant que l'image est inversée... ce qui ne manque pas de le laisser perplexe... Cette inversion est le premier signe qui lui indique qu'il faut peut-être se méfier de ce qu'il croit être la réalité. Souvent, doutant donc de son propre reflet dans le miroir, il cherche ce qui derrière pense ainsi pouvoir se cacher. « Personne... il n'y a personne... vous êtes seul mais avec vous-même et ça va être dur de sortir de vous-même », semble dire le miroir ! Le miroir devient en effet un objet magnifique en ce qu'il confirme la réalité psychique de l'enfant en affirmant son unité corporelle dont il ne se savait pas aussi, et ainsi, possesseur. Mais le miroir devient aussi un objet maléfique, comme l'enfant va bientôt le lire dans les contes : voilà que l'on fantasme ou s'aperçoit en effet que l'on s'expose soi et ses secrets désirs... continuellement et sans possibilité de maîtrise. Nous sommes transparents, et aussi plus exposés au regard des autres qu'on ne le pensait. Dans cette première confrontation du petit d'homme au miroir, c'est peut-être donc la jubilation d'être *corps et âme* mais aussi et dans le même temps la fin de l'innocence rare de la prime enfance. Au moment même où nous nous voyons, l'on découvre notre point aveugle et certains de nos angles morts. Dans le même temps où le miroir lui dit que sa réalité interne pourrait être visible aux

autres au travers des émotions qu'elle imprime sur son visage, des rougeurs dont elle colore son corps, et des tremblements dont elle affuble ses mains, et donc qu'elle existe dans le réel, il l'avertit de la surexposition de ce monde interne au regard des autres. Il va falloir prendre en compte cette nouvelle donne qui lui permet de transmettre plus que de simplement communiquer, mais qui peut aussi le dévoiler... jusqu'à littéralement le mettre à nu. Mettre à nu... ses distorsions perceptives pour les cognitivistes, le dérèglement de ses fantasmes et de son imaginaire à partir de sa conscience biologique pour les psychanalystes.

Le nombre d'animaux à qui la science reconnaît aujourd'hui une conscience réflexive parce qu'ils se reconnaissent dans le miroir va croissant, comme si « nos amies les bêtes » ne devaient rester qu'un miroir consolant ou désespérant de notre condition et de nos limites. Mais le propre de l'homme, c'est qu'il peut vivre en avance de sa condition, dans une continuité d'espérance que lui imposent ses capacités d'introspection, qu'on ne saurait accorder aux animaux. Le propre de l'homme, qui le différencie fondamentalement de l'animal, c'est en même temps sa conscience réflexive enfermée dans un corps pulsionnel, source de plus de désaccord que d'accord, son aptitude, au-delà de sentir et peut-être jouir, à tomber amoureux (ce qui lui permet, pour le meilleur ou pour le pire, de changer radicalement son destin sexuel malgré toutes les phéromones), sa capacité de rire de l'horreur en lui (« un désespoir joyeux »... bref de jouer pour un rien parce qu'il n'est rien et qu'il le sait), et le fait qu'il sache qu'il meurt quand on le tue et qu'il tue quand il agresse son prochain. Qui niera que ces quatre aptitudes ne soient liées ? Ces quatre aptitudes se mélangent et aboutissent à cette qualité qui ne laisse pas d'impressionner : sa capacité de dire non, sa liberté de choisir de se défaire de ses aliénations en particulier animales biologiques mais aussi familiales et

socioculturelles pour se parfaire ou se refaire et non de suivre son origine bestiaire.

L'animalité de l'homme, c'est son comportement mû par le biologique. Son humanité, une fois sa matière somatique investie, en son corps, c'est la possibilité comme le dit Lautréamont d'accéder à « la conscience de ce qu'il est pendant qu'il pousse » et d'y réagir non par un acte de décharge, ou par un comportement opératoire, mais par une conduite sous-tendue par une pensée et un fantasme plus ou moins dictée par des idéaux individuels et collectifs, et quelques vieilles obsessions somatiques corporelles ou charnelles héritées de l'enfance, avec donc plus ou moins un espace de liberté... pour un libre arbitre. Ce qui pousse dans le corps de l'homme n'a peut-être pas grand-chose de spécifique par rapport à ce qui pousse dans le corps de l'animal. Mais ce corps de l'homme est aimé et manipulé, et ce très tôt, par des hommes et des femmes qui ont des intentions messagères et surtout des désirs inconscients pour lui, ce qui le rend, et c'est là sa singularité par rapport à l'animal, jouissif, désirant, imaginaire...

Tout cela dans un cadre très tôt établi, bien mis en évidence par Lévi-Strauss, un scientifique qui n'éluait pas la question de la place essentielle de l'investigateur dans son investigation : celui de la prohibition de l'inceste et de l'intégration dans un système de parenté. Les dimensions qu'impose ce cadre ne sont pas biologiques mais bien culturelles et sociales, et elles vont avoir un impact majeur sur une autre différence essentielle entre l'homme et l'animal : les liaisons complexes et dangereuses entre sexualité et reproduction. Liaison incontournable, pour un temps encore, de la chair et de la procréation dont on ne dira jamais assez qu'elle est la matrice « perverse » de la création artistique et de la croyance en Dieu. Pas moins !

Tout ce long préambule pour conclure en annonçant que ni le comportementalisme ni le biologisme ne seront suffisants

pour comprendre la violence pulsionnelle des hommes plus ou moins étroitement contenue par leur subjectivité. Une subjectivité ontologiquement marquée chez l'homme, qui fait qu'il est loin d'être rationnel lorsqu'il s'émeut de son histoire.

Umberto Eco, dans *La Guerre du faux*⁷⁴, prophétisait ce qui nous attendait avec la mise en place d'un régime de maîtrise insufflé insidieusement par l'affirmation omnipotente d'une pensée univoque sur l'être humain. Il y décrivait des zoos américains où les animaux imitant l'*American way of life* finissaient par s'« humaniser », tandis que les visiteurs s'animalisaient. Et Lucien Israël, commentant ce texte, nous avertissait : « L'être humain s'animalise, il s'adapte aux nécessités des temps dont on lui prédit l'avènement. Certaines voies psychothérapeutiques proposent à l'homme adapté de notre futur proche une animalisation. Nous avons dans ces deux options notre rôle à jouer. À nous de choisir⁷⁵. »

À qui donc s'applique la parole que Goethe fait prononcer à Méphisto dans son *Faust* : « Ce qu'il appelle raison, il s'en sert exclusivement pour être plus animal que les animaux » ? Nul doute que certains, par folie raisonnante, n'hésiteront pas à corriger la réalité humaine là où elle ne coïncidera pas avec le modèle dominant !

Cela a déjà eu lieu, cela peut revenir... Quoi ? La mort des médecins. Pourquoi disait-on autrefois que la mort d'un médecin est étrangement toujours plus triste que celle d'un autre homme ?

Postface de Roger Misès

En 1980, la parution du DSM III, nouvelle version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, a constitué un tournant décisif dans l'histoire de la psychiatrie, d'autant que les principes et les critères de la classification nord-américaine ont été repris, pour l'essentiel, par la CIM-10, classification internationale publiée sous l'égide de l'OMS.

Tout au long de l'étude critique exhaustive qu'il conduit dans cet ouvrage, Maurice Corcos s'appuie sur une clinique ouverte aux divers courants de la psychiatrie ; il use aussi de références littéraires qui aident à restituer la souffrance et l'humanité du malade mental. Pour ma part, dans cette courte postface, je voudrais surtout faire apparaître comment l'introduction du DSM III puis IV a mis un coup d'arrêt aux renouvellements en cours des concepts et des pratiques, d'abord aux États-Unis puis en Europe.

En France, soutenue par un fort mouvement pour l'humanisation des conditions faites aux malades mentaux, la révision des concepts fixistes hérités du XIX^e siècle s'est amorcée dans l'après-guerre ; elle a permis, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'avènement d'une clinique d'orientation dynamique, qui doit beaucoup à l'engagement de praticiens de formation psychanalytique, dans des approches multidimensionnelles menées sur les pathologies les plus graves. La tentation s'est alors manifestée chez certains d'opposer aux thèses

constitutionnalistes et organicistes, jusque-là dominantes, des conceptions psychogénétiques qui, en fait, se sont révélées tout aussi réductrices.

Toutefois, dans la psychiatrie française, ce courant de pensée est resté minoritaire, car les études réalisées par des équipes de mieux en mieux formées ont montré que de multiples facteurs entrent nécessairement dans des interactions circulaires au cours des processus qui organisent la vie mentale, sous ses aspects normaux comme dans ses déviations les plus caractérisées. Ainsi, même dans les cas où l'on reconnaît l'influence indéniable de facteurs génétiques ou d'atteintes du système nerveux, il n'est pas concevable d'aborder les faits cliniques observés en s'appuyant seulement sur un modèle neuropsychologique ou neurocognitif : il faut aussi prendre en considération les remaniements qui, sur ces bases, apparaissent puis se complexifient dans les échanges entre l'enfant et son entourage. À l'inverse, dans d'autres cas, ce sont des carences ou des troubles relationnels qui semblent affecter en premier le développement de l'enfant, mais, les études sur la plasticité du système nerveux l'ont montré, les conditions défavorables d'environnement peuvent alors modifier l'organisation et le fonctionnement des cellules nerveuses, jusqu'à induire des anomalies fonctionnelles ou anatomiques, au plan neurobiologique.

Ces faits conduisent à rejeter toute explication réductionniste, qu'elle se réfère à l'organogenèse ou à la psychogenèse, de façon à concevoir une saisie élargie des multiples paramètres qui, à travers des interrelations dialectiques complexes, exercent leurs effets tout au long de l'histoire du sujet. Sous ces perspectives, les composantes d'ordre neurobiologique s'inscrivent aussi dans une histoire et celle-ci ne se réduit pas à la maturation du système nerveux.

Enfin, plus récemment, avec la reconnaissance de « nouvelles cliniques » dominées par les agirs, l'attention

s'est portée sur les conséquences des mutations de la « postmodernité ». Il n'est pas douteux, en effet, que les changements récents intervenus dans les fonctions assurées jusque-là par la famille, l'école, la société, aient exercé des effets notables sur le mode d'expression des troubles : les phénomènes de désinstitutionalisation et de désymbolisation sur lesquels psychopathologues et sociologues portent des éclairages convergents favorisent indéniablement l'extériorisation des conflits.

Ainsi s'est imposée une prise de distance vis-à-vis des explications réductionnistes à fondement étiologico-clinique : elle a permis de réaffirmer la spécificité d'un fait psychopathologique qui se révèle irréductible à l'un ou l'autre de ses multiples déterminants. En même temps, un intérêt croissant s'est manifesté pour le renouvellement et l'approfondissement des critères cliniques dans leur dimension psychopathologique. Sur ce terrain, dans le cadre d'une pratique polyvalente, ouverte à la confrontation entre les différents modèles offerts aujourd'hui au clinicien, on a dégagé des supports conceptuels qui permettent l'appréciation de la dynamique conflictuelle, la mise en valeur des composantes structurelles, la reconnaissance de l'intentionnalité et de l'économie des processus morbides. Sous cet angle, les contributions provenant de la psychanalyse tiennent une place centrale mais, dans une étude psychopathologique élargie, les données issues des neurosciences et des sciences cognitives doivent également être intégrées à part entière. Cette clinique intégrative et d'orientation dynamique dont j'essaie de tracer l'esquisse fait toute sa place à la sémiologie, elle reconnaît l'importance des aspects symptomatiques et syndromiques. Cependant, loin de s'y arrêter, elle s'efforce aussi de relier la saisie des manifestations superficielles à une appréciation des composantes structurelles sous-jacentes dont la reconnaissance permet seule de donner sens aux symptômes. Selon ces orientations, l'on est conduit à

articuler ce qui relève respectivement de l'intrapsychique et de l'intersubjectif, dans le cours d'une démarche évaluative qui fait appel à la créativité du clinicien et lui laisse toute liberté dans la conduite d'un entretien où il engage sa subjectivité. À partir de ces bases peut se développer une approche compréhensive où les éléments significatifs prennent forme dans le déroulement même du processus d'investigation. En même temps le clinicien est conduit à soutenir, chez le consultant, un travail comparable au sien de construction, de mise en lien, d'élaboration qui aide à éclairer les composantes structurelles. Dans des rencontres de cet ordre, se dessinent aussi des potentialités latentes dont la reconnaissance est précieuse pour l'évaluation du pronostic et pour la discussion des moyens à mettre en œuvre.

Au terme de ces investigations, on peut se poser « de surcroît » la question du classement nosographique, sous réserve de disposer d'une double référence, catégorielle et dimensionnelle. Sur ce dernier plan, un très large accord s'est manifesté en faveur de la délimitation de cadres mutuellement exclusifs (névroses, psychoses, pathologies limites...) ; cependant, dans la pratique, les critères psychopathologiques qu'on a pu dégager ne permettent pas toujours le classement du cas considéré sous une rubrique bien individualisée : plutôt que de fixer arbitrairement son choix, le clinicien doit alors reconnaître les particularités du sujet, à ce moment de son histoire et dans un contexte qui ne manque pas d'influencer la problématique. Admettre que l'on se trouve devant une forme « intermédiaire » ou de « passage » n'empêche pas d'ouvrir la discussion sur les moyens à mettre en œuvre ; et de reconnaître que ces derniers, loin de dépendre exclusivement de l'étiquette apposée, reposent sur la compréhension qu'on a pu acquérir du cas considéré. On sait aussi qu'au cours de l'évolution, la place occupée par le sujet dans la nosographie est appelée à se modifier, y compris chez les

enfants classés autrefois parmi les « incurables » ou les « inéducables » et qui peuvent désormais bénéficier d'une réintégration étendue, parfois même complète : des études longitudinales menées sur le long terme en témoignent.

Sous ces orientations ouvertes, il y a place, notons-le, pour une reconnaissance de la dimension des handicaps, mais on doit veiller à ce que l'attention portée sur les incapacités, les risques d'exclusion et sur les mesures de « compensation » ne fasse pas obstacle à la reconnaissance de la pathologie sous-jacente qui justifie l'application de mesures préventives ou de soins. Les paramètres en rapport d'un côté avec la pathologie, d'un autre avec les handicaps, s'articulent en effet tout au long de l'histoire et justifient que le sujet soit toujours ressaisi dans une perspective unitaire.

Passons maintenant, plus brièvement encore, à l'examen de quelques effets, parmi les plus évidents, de l'avènement du DSM vis-à-vis des renouvellements de la clinique psychiatrique.

Le DSM se voulait athéorique, il en est loin : il a réintroduit, en effet, un système explicatif où des liens directs sont établis entre les expressions cliniques et les dysfonctionnements du système nerveux. Ceci dans un contexte où se trouve régulièrement affirmée la prééminence absolue des recherches menées sur les terrains de la génétique, de la neurobiologie, des sciences cognitives dont les résultats sont utilisés principalement dans une visée réductionniste : de cette manière, se trouvent réactivés des modèles mécanicistes et unidimensionnels qui dénie l'intériorité du sujet. Avec le DSM, les fondements du trouble mental s'inscrivent alors de façon dominante, voire exclusive, au plan neurobiologique : les facteurs d'environnement se trouvent réduits à l'événementiel ou au stress : ils ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire.

L'effort d'objectivation et de quantification réalisé fait apparaître, en filigrane, l'influence de normes devenues dominantes : vis-à-vis du sujet réputé normal, le malade mental apparaît d'un côté comme une menace, de l'autre comme un perdant. Sous ces orientations, les critères établis représentent pour le clinicien un répertoire obligé et donné du dehors qu'il doit appliquer en suivant un « arbre de décision » qui mène, immanquablement, au diagnostic, sans qu'une alternative soit laissée qui permettrait d'apprécier la singularité du cas. Avec le DSM, on entre ou non dans le cadre, ce qui est censé assurer la « fidélité interjuge » et la « fiabilité » de la classification. Dans ces conditions, un sujet se trouve souvent concerné par des critères appartenant à deux ou plusieurs catégories du DSM : en pareil cas, plutôt que de s'interroger sur la façon dont les multiples manifestations peuvent s'articuler afin de donner éventuellement corps à un ensemble significatif, le clinicien soumis aux règles du DSM se borne à juxtaposer des catégories en arguant d'une « comorbidité ».

D'autres aspects de la catégorisation soulèvent des critiques, par exemple celui introduit par l'individualisation des troubles envahissants du développement (TED). Ici, avec la prise d'appui sur les seules manifestations immédiatement objectivables, il n'est plus possible de discuter les aspects différentiels et l'on est conduit à ranger dans le cadre unique et totalisant des TED des enfants qui appelleraient un autre classement : des dysharmonies psychotiques, des dépressions précoces, des troubles sévères dans l'organisation des fonctions cognitives ou du langage et d'autres pathologies du développement qui offrent parfois un risque d'évolution vers l'autisme mais sans que cela constitue une fatalité.

On peut s'étonner que sous ces orientations, souvent contestées, le DSM III ait pu imposer son hégémonie en reprenant le même modèle dans ses versions ultérieures. Il faut donc rappeler qu'aucun véritable débat scientifique ne

s'est ouvert à ce sujet qui aurait permis d'influencer les orientations dominantes. Les décisions relatives au DSM puis de ses révisions sont prises, en effet, sur la base de données statistiques, lors de conférences de consensus et dans des commissions où les tenants de la classification se sont assurés durablement la majorité. De plus, lors de ces réunions, seules sont retenues les études publiées au cours des cinq années précédentes et qui se sont référées au DSM ou à la CIM-10. Enfin, de leur côté, les pouvoirs publics soutiennent le recours exclusif à cet instrument qui leur offre un moyen efficace pour réduire les dépenses de santé, renforcer les contrôles gestionnaires, donner la priorité au quantitatif. Dans ces conditions, la prééminence absolue conférée au DSM n'est guère menacée.

À travers les développements qu'il mène, sous différents angles et avec une grande liberté de pensée, Maurice Corcos approfondit certains de ces aspects et en aborde beaucoup d'autres qui s'inscrivent en continuité : tout au long, il fait également apparaître les points d'appui qu'il trouve lui-même dans une clinique exigeante mais ouverte qui lui permet de répondre à la singularité de chaque cas, dans le respect des considérations éthiques.

Les interrogations que réitère Maurice Corcos au terme de sa réflexion méritent d'être encore répétées : comment avons-nous pu accepter que le psychisme humain et l'esprit qu'il génère soient évalués avec un « aussi misérable instrument » ? Comment avons-nous pu croire à ces nouvelles prophéties de la science, sans voir qu'elles sont mises au service du contrôle social ? Comment avons-nous pu tolérer que les praticiens deviennent des comptables au nom de la rentabilité des soins ? Peut-on espérer encore que les psychiatres oseront dénoncer le nouveau « contrat social » qui tend ainsi à les aliéner ?

Roger Misès est professeur émérite de pédopsychiatrie à l'université Paris-Sud. Il est le concepteur de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA).

Notes

1- Je parle ici, évidemment, globalement de la nouvelle génération, et non de chacun singulièrement. Et chaque semestre, l'arrivée de nouveaux jeunes collègues ne manque pas de vivifier l'ambiance de la vieille institution où je travaille.

2- À l'esprit desquels cet essai veut aussi rendre hommage : Pierre Fédida (Maître rêveur), Jean Gillibert (Maître passionné), André Green (Maître conteur), Philippe Jeammet (Maître étalon), Lucien Israël (Maître amoureux), Roger Misès (Maître complice).

3- La onzième version de la classification internationale des maladies de l'OMS, appelée CIM-10, doit être achevée en 2012. Elle est de fait très fortement influencée par les travaux de révision en cours de la version V du DSM, classification américaine qui livrera ses conclusions en 2014.

4- Claude Lévi-Strauss, incipit de *Tristes tropiques* (1955), rééd. Pocket, 2001.

5- Georges Bernanos, *Monsieur Ouine*, Le Livre de poche, 1964.

6- La notion récente de plasticité cérébrale vient à point redonner un brin (un filament) d'optimisme aux scientifiques qui rêvent d'être autre chose que des correcteurs de la folie de certains neuromédiateurs.

7- Lewis Carroll, *Alice au pays des merveilles*, édition de Jean Gattegno, Gallimard, « Folio classique », 1982.

8- À percevoir dans le langage même, qui coordonne toute chose au *self* : du *self-esteem* au *self-injury* en passant par *self-defense... self, self, self, words, words, words*.

9- Christopher Lane, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Flammarion, 2009.

10- Il le revendique depuis le DSM IV.

11- Ludwig Wittgenstein (1965), *De la certitude*, Gallimard, 1976.

12- Jacques Lacan, *Écrits*, Le Seuil, 1999.

13- Les sciences cognitives pures progressent : après avoir enfin, ces deux dernières années, un peu plus intégré l'émotionnel dans leurs théories, elles ont inventé tout récemment le « cognitif incarné ». Encore un effort : l'esprit est d'autant plus ardent que la chair est faible.

14- Sacha Nacht, *De la pratique à la théorie psychanalytique*, Payot, « Petite bibliothèque de psychanalyse », 1972.

15- Sigmund Freud, *Pulsions et destin des pulsions* (1915), PUF, « Quadrige », 2001.

16- Roger Misès, Philippe Jeammet *et al.*, « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatrie de l'enfant*, 31, PUF, 1988 ; Roger Misès, *Les Pathologies limites de l'enfance*, PUF, « Le Fil rouge », 1990.

17- Mitchell Wilson, « DSM III and the transformation of american psychiatry : a history », *American J. Psychiatry*, 150-3, mars 1993.

18- Eric Kandel, « Une nouvelle biologie de l'esprit », *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, Washington, American Psychiatry Publisher, 2005.

19- Roger Misès, « La souffrance psychique et ses conséquences au plan psychanalytique dans les interrelations parents-enfants », *Enfances Adolescences*, 14/15, 2008/2, 2009/1, p. 142.

20- Guy de Maupassant, « Un portrait » (1890), *Contes et nouvelles*, t. 2, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », 1979.

21- André Green, *Associations (presque) libres d'un psychanalyste. Entretiens avec Maurice Corcos*, Albin Michel, 2000.

22- Voir Maurice Corcos, Mario Speranza *et al.*, « Approches psychanalytiques des psychoses aiguës de l'adolescent », *Confrontations psychiatriques*, n° 43, 2002, p. 277-300.

23- In *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22, 1996, p. 283-303, et 353-370, et *Australian and New Journal of Psychiatry*, 30, 1996, p. 587-599.

24- Laura Governale *et al.*, *Outpatient uses of atypical antipsychotic agents in pediatric population years 2004-2008*, US Food and Drug Administration, 2009.

[25](#)- Elle a été soulignée par Peter Mason *et al.*, in *British Journal of Psychiatry*, 169, 1996, p. 580-586 et 179, 1997, p. 321-327.

[26](#)- Maurice Corcos, « La thérapie bifocale », in R. Barbe, A. Fredenrich, *Prises en soins contemporaines des adolescents en souffrance psychique*, Genève, 2011.

[27](#)- Daniel Widlöcher, *Les Logiques de la dépression*, Odile Jacob, 1994.

[28](#)- Frances Allen, « Critiques du DSM V », *Psychiatric Times*, février 2010 ; repris dans *Psychiatrie française*, n° 194, septembre 2010, p. 10-12.

[29](#)- Cf. à ce sujet la non-publication de résultats négatifs concernant la prescription d'antidépresseurs dans la dépression de l'adolescent. On a voulu orienter le débat vers la question de la toxicité des antidépresseurs, en particulier l'augmentation potentielle du risque suicidaire ; on a vu d'éminents spécialistes venir à la rescousse des laboratoires pharmaceutiques avec des courbes montrant que le nombre de suicides avait diminué aux États-Unis depuis l'avènement de la prescription des antidépresseurs (ce qui ne détermine pas un lien causal entre prescription et risque suicidaire). Mais la vraie question est moins le risque toxique (il faut prescrire des antidépresseurs dans certaines dépressions majeures) que l'inutilité de leur prescription par trop systématique dans tout ce qui est trop rapidement qualifié de « souffrance dépressive », où leur efficacité est comparable à celle du placebo.

[30](#)- Odile Jacob, 1998.

[31](#)- Gwenolé Loas, *La Société immature*, Doin, « Polémique », 2011.

[32](#)- Maurice Corcos, *La Terreur d'exister. Psychopathologie des fonctionnements limites à l'adolescence*, Dunod, 2009.

[33](#)- Maurice Corcos, Alexandra Pham-Scottez, « APA et états limites », *L'Encéphale*, supplément n° 6, 2008, p. 219-222.

[34](#)- Voir Maurice Corcos, *La Terreur d'exister*, *op. cit.*

[35](#)- Peter Fonagy, Anna Higgitt, « Developmental Perspective on Borderline Personality Disorder », *Revue internationale de psychopathologie*, 1, 1989, p. 12-159.

[36](#)- Voir Maurice Corcos et Alexandra Pham-Scottez, « APA et troubles bordeline », *L'Encéphale*, suppl. congrès Laguiolle, déc. 2008.

[37](#)- Anthony Bateman et Peter Fonagy, « 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 2008, p. 631-638. La thérapie s'est avérée plus efficace sur le long terme que des programmes reposant uniquement sur des hospitalisations ou certains

suivis ambulatoires même intensifs avec d'autres psychothérapies non structurées.

[38](#)- Peter Fonagy, « Attachement, mentalisation et mécanismes de changement en psychothérapie », *Pour la recherche*, n° 62, septembre 2009.

[39](#)- Mary C. Zanarini *et al.*, « Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) : a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology », *J. Pers. Dis.*, 17 (3), juin 2003, p. 233-242.

[40](#)- Daniel Widlöcher, Nicolas Dantchev, in *Revue neurologique*, vol. 150, n° 8-9, 1994, p. 490-497.

[41](#)- Susan Sontag, « L'imagination pornographique », in *L'œuvre parle, Œuvres complètes*, V, Christian Bourgois, 2009.

[42](#)- Gérard Pirlot, *Contre l'uniforme mental*, Doin, 2009.

[43](#)- Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, vol. 2, *La Volonté de savoir*, Gallimard, 1976.

[44](#)- De 1989 à 1995, la prescription de Ritaline a explosé de 600 %. Dans certains États américains, 10 à 15 % des enfants sont traités. Plus de 9,5 millions d'enfants dans le monde bénéficient ainsi d'une prescription de Ritaline. Cf. Michel Hautefeuille, *Dopage et vie quotidienne*, Petite bibliothèque Payot, 2009.

[45](#)- Et pour cause : tous les résultats des études cliniques utilisées pour la confection de la CIM-10 (Classification des maladies de l'OMS) étaient issus des travaux du DSM III.

[46](#)- Ernst Mayr, « Population thinking and neuronal selection metaphors or concepts », *Review of Neurobiology*, 37/49-50, 1994. Selon Frederick Goodwin et Kay R. Jamison (*Manic-Depressive Illness*, Oxford University Press, 2007) : risque multiplié par 10 pour un parent du premier degré : 63 % pour un jumeau monozygote...

[47](#)- Pierre Mâle, *Psychothérapie de l'adolescent*, PUF, « Quadrige », 1999.

[48](#)- Frederick Goodwin et Kay R. Jamison (*op. cit.*) insistent à nouveau sur le fait que les troubles maniaco-dépressifs ne renvoient pas à une maladie neurodégénérative, mais (voilà les termes de la modernité qui arrivent) à un trouble de la plasticité et de la résilience cellulaire. La conséquence en est la nécessité du traitement au long cours pour protéger les structures cérébrales. On est loin de prouver que le traitement favorise cette plasticité et résilience, mais on fait comme si. Le mode d'action du traitement reste pour une longue part méconnu, seule la clinique quotidienne montre la nécessité de son maintien au long cours mais avec un travail d'explication qui n'est pas injonction à l'adhérence ou simple psychoéducation. Par contre, on peut facilement

démontrer que le suivi au long cours de ces patients dans une perspective de mise en sens de cet être au monde singulier a des effets protecteurs.

[49](#)- Sigmund Freud, lettre à Wilhelm Fliess du 6 décembre 1896, *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2007.

[50](#)- Richard E. Tremblay, « Adolescents violents : “Mieux vaut prévenir que punir” », *Psychiatrie. Sciences humaines. Neurosciences*, 8, 2010, p. 57-60.

[51](#)- Que cette pornographie qui excite tant les adolescents les plus vulnérables soit le fait d'une société d'hyperconsommation où tout est vendable ne préoccupe pas l'auteur.

[52](#)- L'égalité des chances à l'école relèvera toujours du cynisme tant qu'elle ne sera qu'un effet d'annonce et n'aboutira qu'à la sélection des « méritants » dans les milieux défavorisés, à travers le même choix facile de fabriquer des élites et de laisser tomber la masse des autres.

[53](#)- Philippe Jeammet, Maurice Corcos, *Nouvelles problématiques à l'adolescence. La dépendance et ses aménagements*, Doin, 3^e éd. revue et augmentée, 2010.

[54](#)- Roger Misès et Fabienne Castagnet, « Apport de la psychopathologie de l'enfant à l'étude de la psychopathie », *Confrontations psychiatriques*, n° 18, 1980, p. 73-97.

[55](#)- C'est nous qui ajoutons.

[56](#)- Philippe Jeammet et Maurice Corcos, *Nouvelles problématiques à l'adolescence. La dépendance et ses aménagements*, *op. cit.*

[57](#)- Milan Kundera, *La Plaisanterie*, Gallimard, « Folio », 1994.

[58](#)- *DSM III-R - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1989 ; *DSM IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. J. D. Guelfi, Masson, 1996.

[59](#)- Frances Allen, « Critiques du DSM V », *art. cit.*

[60](#)- Cité par *Books*, n° 19, février 2011, p. 5.

[61](#)- *La Lettre du psychiatre*, suppl. au vol. V, n° 6, novembre-décembre 2010.

[62](#)- Raymond Queneau, « La voie du silence », *Fendre les flots*, Gallimard, 1969.

[63](#)- Gilles Deleuze, « Bartleby ou la formule », postface à *Bartleby* de Herman Melville, Garnier-Flammarion, 1994.

[64](#)- « Autisme de haut niveau ».

[65](#)- *Libération*, 7 mai 2009.

[66](#)- France Inter, janvier 2010, évoquant son installation « Les Suisses morts » (1990) qui rassemblait les portraits de morts, avis de décès publiés dans la page nécrologique d'un journal helvétique.

[67](#)- Philippe Claudel, *L'Enquête*, Stock, 2011.

[68](#)- Il faut aussi remonter aux années 1950, après la Seconde Guerre mondiale et le jugement de Nuremberg sur les dérives des médecins, dérives « scientifiques » (?), qui toutes exploraient l'organicité des troubles sur des « échantillons humains » dont ils déniaient l'humanité même. Le couvercle mis sur les recherches génétiques après les atrocités commises au nom des idéologies raciales s'est progressivement soulevé... pour le meilleur, comme pour le pire ou le plus farfelu.

[69](#)- Friedrich Schiller, « Le chant des cavaliers », *Wallenstein*, New York, F. Ungar Pub. Co., 1960.

[70](#)- Sigmund Freud, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard, 1971.

[71](#)- « L'animal machine » de Descartes.

[72](#)- *Cognoscere*, verbe latin formé à partir de *noscere* signifiant « parvenir à savoir ».

[73](#)- À noter que le singe bonobo témoigne dans son comportement d'une sexualité active et apparemment libre, et parvient à vivre en communauté sans avoir recours à la violence. Sacrée différence avec l'espèce humaine... peut-être est-ce le 1 % ?

[74](#)- Umberto Eco, *La Guerre du faux*, Biblio-essais, 1987.

[75](#)- Lucien Israël, « De la sauvagerie à la barbarie », *Synapse*, septembre 1988, n° 46.

Remerciements

À Martine et Valérie pour leur très précieux travail attentionné de dactylographie et de correction,

À Daniel Hurvy, mon indispensable relecteur,

À Salima pour son attention chaleureuse, vigilante et soutenue,

À Marie-Paule Rochelois pour la délicatesse de ses ciseaux.

Du même auteur

Corcos M., *La Terreur d'exister, Fonctionnement limite à l'adolescence*, Dunod, 2009 ; 2^e éd. 2011.

-, *De René Magritte à Francis Bacon, psychanalyse du regard*, PUF, 2009.

-, *Le Corps insoumis, Approche psychosomatique, traitement, prévention des troubles des conduites alimentaires*, Dunod, 2005 ; 2^e éd. revue et augmentée 2011.

-, *Le Corps absent : une approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*, Dunod, « Psychismes », 2000 ; 2^e éd. 2010.

-, *Penser la mélancolie : une lecture de Georges Perec*, Albin Michel, 2005. Lauréat du prix Nicolas Abraham et Maria Torok 2006.

Corcos M. (dir.), *Babel : psychanalyse et littérature, Figures adolescentes*, EDK, 2005.

-, *Babel : psychanalyse et littérature*, préface d'André Green, tome 2, EDK, 2003.

-, *Babel : psychanalyse et littérature*, tome 1, EDK, 2002.

Bonnet G., Corcos M., Gibello B. et al., *Penser l'inconscient*, R. Kaès (dir.), Dunod, 2011.

Carton S., Chabert C., Corcos M., *Le Silence des émotions. Clinique des états vides d'affect*, Dunod, 2011.

Jeammet P., Corcos M., *Évolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements, Référence en psychiatrie*, Doin, 2001 ; 3^e éd. revue et augmentée 2010.

Gicquel L., Corcos M., *Les Automutilations*, Dunod, 2010.

Corcos M., Lamas C., Pham-Scottet A., Doyen C., *L'Anorexie mentale de l'adolescente, Dénier et réalités*, Doin, 2008.

Green A., *André Green : Associations (presque) libres d'un psychanalyste, Entretiens avec Maurice Corcos*, Albin Michel, « Itinéraires du savoir », 2006.

Loas G., Corcos M., *Psychopathologie de la personnalité dépendante*, Dunod, 2006.

Corcos M., Jeammet P. et al., *Les Dépressions à l'adolescence : modèle, clinique, traitements*, Dunod, 2005.

Clervoy P., Corcos M., *Petits moments dans l'histoire de la psychiatrie française*, EDK, 2005.

Corcos M., Jeammet P., Flament M. et al., *Les Conduites de dépendance, Dimensions psychopathologiques communes*, Masson, 2003.

Corcos M., Speranza M., *Psychopathologie de l'alexithymie, Approche psychodynamique et développementale des troubles de la régulation affective*, préface de P. Jeammet, Dunod, 2003.

Corcos M., Bochereau D., Jeammet P., *Les Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence*, Masson, « Médecine et psychothérapie », 1999.

Corcos M., Pirlot G., *Qu'est-ce que l'alexithymie ?*, Dunod, coll. « Topos », 2011.

Chez le même éditeur

Claude Allard, *L'enfant au siècle des images*

Annie Birraux et Didier Lauru (dir.), *Adolescence et prise de risques*

Gérard Bonnet, *Défi à la pudeur. Quand la pornographie devient l'initiation sexuelle des jeunes*

Nicole Catheline, *Harcèlement à l'école*

Pr Patrick Clervoy, *Le syndrome de Lazare. Traumatisme psychique et destinée*

Patrick Delaroche, *La peur de guérir*

- *Psychanalyse du bonheur*

Pierre Delion, *Tout ne se joue pas avant 3 ans*

Joëlle Desjardins-Simon et Sylvie Debras, *Les verrous inconscients de la fécondité*

Caroline Eliacheff, *La famille dans tous ses états*

- *Puis-je vous appeler Sigmund ?*

- et Daniel Soulez Larivière, *Le temps des victimes*

- et Nathalie Heinich, *Mères-filles, une relation à trois*

Christian Flavigny, *Avis de tempête sur la famille*

Fernando Geberovich, *No satisfaction. Psychanalyse du toxicomane*

Dr Alain Gérard, *Du bon usage des psychotropes. Le médecin, le patient et les médicaments*

- et le CRED, *Dépression, la maladie du siècle*

Sylviane Giampino, *Les mères qui travaillent sont-elles coupables ?*

- et Catherine Vidal, *Nos enfants sous haute surveillance : évaluations, dépistages, médicaments...*

Roland Gori et Pierre Le Coz, *L'empire des coachs, une nouvelle forme de contrôle social*

Jean-Michel Hirt, *L'insolence de l'amour. Fictions de la vie sexuelle*

Philippe Hofman, *L'impossible séparation entre les jeunes adultes et leurs parents*

Patrice Huerre et François Marty (dir.), *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse*

- *Cannabis et adolescence. Les liaisons dangereuses*

Jean-Marie Jadin, *Côté divan, côté fauteuil. Le psychanalyste à l'œuvre*

Pr Daniel Marcelli, *La surprise, chatouille de l'âme*

- *L'enfant, chef de la famille. L'autorité de l'infantile*

- *Les yeux dans les yeux. L'énigme du regard*

- *Il est permis d'obéir. L'obéissance n'est pas la soumission*

Anne Marcovich, *Qui aura la garde des enfants ?*

Jean-Paul Mialet, *Sex æquo. Le quiproquo des sexes*

Gustavo Pietropolli Charmet, *Arrogants et fragiles. Les adolescents d'aujourd'hui*

Xavier Pommereau, *Ado à fleur de peau*

- *Ados en vrille, mères en vrac*

- et Jean-Philippe de Tonnac, *Le mystère de l'anorexie*

Jean-Jacques Rassial, *Pour en finir avec la guerre des psys*

- *Vérités et mensonges de nos émotions*

- *Virtuel, mon amour. Penser, aimer, souffrir à l'ère des nouvelles technologies*

- *L'empathie au cœur du jeu social*

Serge Tisseron, *Comment Hitchcock m'a guéri. Que cherchons-nous dans les images ?*

Jean-Philippe de Tonnac, *Anorexia. Enquête sur l'expérience de la faim*

Yvane Wiart, *L'attachement, un instinct oublié*

Jean-Pierre Winter, *Homoparenté*