

Dr Mário Eduardo Costa Pereira, psychanalyste, psychiatre.

Professeur au Département de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de l'Université de l'État de São Paulo à Campinas (UNICAMP), Brésil.

Directeur du Laboratoire de Psychopathologie : Sujet et Singularité (LaPSuS) de l'UNICAMP. Directeur du *Corpo Freudiano \_ Escola de Psicanálise - Núcleo São Paulo*.

Article publié dans : PEREIRA, M. E. C. . Nouvelles perspectives pour le diagnostic psychiatrique. *Psychomédia*, France, p. 57 - 61, 01 jan. 2005.

## **Nouvelles perspectives pour le diagnostic psychiatrique : les formulations idiographiques**

### **Des antécédents historiques**

Dans les années 1980, la diffusion internationale du DSM-III a représenté un véritable tournant dans l'histoire de la psychiatrie. Élaboré par l'American Psychiatric Association, ce fameux manuel constituait une proposition concrète de solution à l'ancien problème de la fiabilité des diagnostics psychiatriques : l'on cherchait à y établir un accord pragmatique sur les référents de la nomenclature utilisée en adoptant des critères explicites, formels, délimités sur des bases empiriques, pour inclure (ou l'exclure) dans l'une des différentes rubriques nosographiques préalablement établies des constellations cliniques observées concrètement (Kirk & Kutchins, 1998). L'on cherchait ainsi à ne traiter que des problèmes proprement nosographiques de la psychiatrie, en privilégiant la description la plus objective possible de cadres opérationnellement délimités, et en laissant de côté les questions des éventuels processus psychopathologiques en jeu.

Si cette méthodologie a apporté de grands progrès, surtout dans les champs de l'épidémiologie psychiatrique (Kendell, 1971 ; Wing & Nixon, 1974) et des recherches à caractère expérimental (Feighner et al., 1972), elle a également conduit à l'une des plus grandes impasses à laquelle la psychiatrie contemporaine se heurte. Comme elle a relégué la psychopathologie au second plan, la psychiatrie n'est pas vraiment préparée pour affronter les questions des *pathos* humains en tant que tels, ni celles concernant le statut des modèles découlant des diverses formes d'approche de ce qui est son objet clinique et de recherche.

## De l'« oubli » de la psychopathologie dans la psychiatrie contemporaine

En tant que science descriptive, modélisatrice et explicative des perturbations mentales, la psychopathologie constituait, jusqu'à il y a peu, la pierre angulaire de la connaissance psychiatrique. Du point de vue épistémologique, il revenait à la psychopathologie de garantir la scientificité de la psychiatrie. D'un autre côté, du point de vue institutionnel, c'est à la psychopathologie que les psychiatres avaient recours pour soutenir la spécificité de leur activité clinique face aux autres domaines traitant de la souffrance humaine.

Néanmoins, avec l'implantation mondiale des manuels de diagnostic de troubles mentaux, la psychopathologie s'est vue peu à peu reléguée au second plan, car, pour ce qui est de ses démarches cliniques concrètes, la psychiatrie n'en avait plus besoin. En effet, dans la pratique, il lui suffisait d'établir un diagnostic précis à partir duquel elle pouvait appliquer l'« arbre de décisions » prévu pour le traitement du trouble identifié. Ainsi, c'est la clinique psychiatrique elle-même qui est entrée en crise, menacée par les progrès apportés par ces instruments qui substituaient l'art du psychiatre auprès de son patient (Spitzer, 1983). L'on assistait ainsi, au niveau mondial, à un véritable déclin de la psychiatrie dans sa spécificité médicale : ayant abandonné le fondement qui lui était propre - celui de la psychopathologie - elle s'est vue réduite à l'application d'instruments normalisés de diagnostic et de traitement et à l'usage de connaissances produites par d'autres disciplines scientifiques et par d'autres spécialités médicales.

Sur le plan de la conception psychopathologique et de l'éthique sous-jacente aux systèmes opérationnels de diagnostic, les choses semblaient encore plus compliquées. Inhérente à toute élaboration d'accords conventionnels sur les définitions diagnostiques en psychiatrie, une attitude pragmatique envers le langage implique de fixer des valeurs et des découpages arbitraires à l'expérience psychopathologique - en dernière instance, aux passions et souffrances humaines - et de les implanter comme des points fixes à partir desquels s'organise une zone stable et opérationnellement non-conflictuelle de compréhension minimum, commune à qui participe à ce jeu de langage. Loin d'être athéoriques, ces démarches se fondent donc sur l'incorporation implicite de certaines visions de monde - comme telles, toujours problématiques - pour construire leurs catégories et c'est leur accord sur ces éléments idéologico-valoratifs qui confère la stabilité - et la fiabilité - aux jeux de langage qu'elles créent. C'est justement cette assomption implicite de certaines valeurs éthiques et culturelles dans les systèmes diagnostiques qui impose une attitude de recul et de critique permanente par rapport aux visions du monde et de l'homme, enracinées dans la pragmatique de leur construction (Spitzer, 2001). Cela ne semble pas du tout être le cas dans les conditions actuelles. Même si les manuels de diagnostic modernes subissent des révisions périodiques, celles-ci affectent plus les critères utilisés que les valeurs et idéologies que ces découpages nosographiques véhiculent.

Face à ces impasses surgissant de la recherche de « fiabilité » pour les diagnostics, et menacée dans sa survie en tant que pratique clinique, la psychiatrie contemporaine, à la veille de nouvelles révisions des deux principaux manuels de diagnostics - DSM et CIM<sup>1</sup> -, se voit contrainte de revaloriser les questions proprement cliniques, culturelles et subjectives dans sa praxis diagnostique et dans l'organisation des faits pertinents pour l'établissement de sa nosographie. C'est dans ce contexte que surgit la proposition de la Section de Diagnostic et Classification de la World Psychiatric Association (WPA) d'introduire des formulations idiographiques dans l'élaboration du diagnostic psychiatrique.

### **La création de l'International Guidelines for Diagnostic Assessment et le retour à la clinique psychiatrique**

Comme son nom l'indique, il s'agit de remodeler la conception et la stratégie du diagnostic en psychiatrie par l'introduction d'une approche individualisée du patient, qui se propose de prendre en compte le contexte subjectif et biopsychosocial dans lequel sa souffrance psychopathologique émerge, et de rétablir l'importance de l'entretien psychiatrique ouvert dans ce processus. L'élément grec *idios*, qui remet à ce qui est propre, spécial, est ici joint à *graphein*, écrire. L'on cherche donc une forme de registre diagnostique qui inclue la dimension singulière de chaque patient, telle que la révèle l'entretien psychiatrique commun.

Une proposition initiale, pas encore testée cliniquement, a été publiée dans le numéro de mai 2003 de *The British Journal of Psychiatry*, sous le titre « Essentials of the World Psychiatric Associations's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA) » (Mezzich, 2003). Il s'agit d'un guide élaboré par la WPA, contenant les grandes lignes pour les diagnostics psychiatriques, qui se propose d'allier l'approche nomothétique, en usage de nos jours dans les manuels de diagnostic modernes, à une perspective idiographique, c'est-à-dire personnalisée, de l'expérience psychopathologique.

Dans son chapitre abordant l'entretien clinique, l'IGDA elle-même insiste sur l'importance pour le médecin d'adopter une posture d'« écoute attentive et intéressée, de respect des désirs et de la dignité du patient, visant à faciliter sa participation à l'entretien, en cherchant à l'engager dans une conversation naturelle. » Cette posture constitue une profonde modification par rapport aux démarches diagnostiques jusqu'alors en vigueur, car celles-ci trouvaient leur justification dans la réduction des faits cliniques à des catégories nosographiques générales, préalablement établies, ne laissant aucune marge pour prendre en compte ce qui pourrait singulariser un sujet par rapport à son trouble. Éclipsée par les systèmes diagnostiques en vigueur, la clinique réapparaît ici sollicitée et revalorisée. Dans ce sens, l'énorme investissement d'une institution psychiatrique internationale de la portée de la WPA pour élaborer l'IGDA peut être considéré

---

<sup>1</sup> CID: Classification Internationale de Maladies

comme un symptôme et une tentative de réponse officielle aux impasses posées par l'accent presque exclusif mis sur la stabilisation diagnostique et le déclin de la pertinence de la clinique psychiatrique auquel cette posture a conduit.

D'un point de vue historique, le projet IGDA représente le résultat de dix ans d'études d'un groupe de travail, créé en 1994 par la Section de Classification et Diagnostic de la WPA. Son objectif était d'établir les grandes lignes de diagnostic psychiatrique devant être employées dans le monde entier pour établir une approche systématique associant les progrès obtenus par les méthodes pragmatiques de diagnostic et une attention individualisée à chaque patient, fondée sur un entretien clinique ouvert prenant en considération les dimensions personnelles, culturelles, familiales et contextuelles impliquées dans le processus psychopathologique.

L'IGDA part encore de l'exigence fondamentale suivante : « Évaluer le patient psychiatrique comme un tout et pas seulement comme un porteur de maladies. » Ainsi se justifie le besoin d'une approche diagnostique vaste associant l'évaluation normalisée multiaxiale et une évaluation personnalisée idiographique, avec pour toile de fond la recommandation d'utiliser des critères diagnostiques culturellement contextualisés.

Son « Introduction » cite le philosophe et historien de la médecine Pedro Lain-Entralgo qui soutient qu'« un diagnostic est plus que la simple identification d'une maladie (diagnostic nosologique) et plus que la distinction entre une maladie et une autre (diagnostic différentiel) ; en réalité, un diagnostic consiste à comprendre de manière ample ce qui se passe dans l'esprit et dans le corps de la personne réclamant des soins médicaux. Cette compréhension doit être considérée dans le contexte historique et culturel de chaque patient pour prendre son sens. »

Cette même introduction laisse entendre que la tâche d'établir un diagnostic psychiatrique sur des bases fiables serait résolue de manière satisfaisante du point de vue méthodologique, et qu'il resterait alors le défi d'augmenter la validité de ces formulations « en prenant en considération des symboles et des significations pertinents pour l'identité et les perspectives des patients. » Cette proposition exige donc une sensibilité à la dimension signifiante et subjective du fait de devenir mentalement malade, que nous examinerons plus bas.

### **Des « formulations idiographiques » du diagnostic psychiatrique**

Par rapport aux tendances actuelles de diagnostic psychiatrique, l'élément le plus novateur de l'IGDA est présenté au chapitre 8 : « Formulations idiographiques ». Celles-ci se basent sur l'entretien avec le patient et, au niveau des registres, elles doivent être exprimées en style narratif et familier. La présentation globale de cette proposition est assez synthétique, et divers éléments importants y sont plus sous-entendus que construits théoriquement. Elle reconnaît néanmoins explicitement l'importance de la perspective du patient et de la dimension non-déductive de la

rencontre clinique. Des signifiants comme « intuition clinique », « art médical » et « contextualisation » des symptômes sont clairement inscrits dans son texte.

L'accent mis sur la dimension idiographique du diagnostic, c'est-à-dire la recherche de son caractère personnalisé, vise, selon l'IGDA, à l'identification des problèmes cliniques et à leur contextualisation. L'on y recommande également d'explorer les dits « aspects positifs du patient », c'est-à-dire ceux qui sont « pertinents pour le traitement de l'état clinique et contribuent à la santé : maturité de la personnalité, habiletés, talents, ressources sociales, points d'appui et affirmations personnelles et spirituelles. » Cette description de l'« état clinique » laisse entendre qu'il est implicitement considéré comme « maladif », puisque les aspects du patient qualifiés de positifs ont une capacité à contribuer à la « santé ». Il en va de même de la référence aux « talents » et « habiletés » du patient, termes qui comportent clairement des éléments valoratifs immergés dans des idéaux sociaux.

Quant à ce point idéologique fondamental et à d'autres, rappelons la définition de « trouble mental » de l'IGDA : « [il] est conçu dans ces directives comme un ensemble reconnaissable de symptômes cliniques et de comportements, associés dans la plupart des cas à une souffrance, à un manque d'harmonie psychique et à une interférence dans le fonctionnement adaptatif et la participation sociale » Gardons-nous de faire un commentaire détaillé de cette définition ici, et contentons-nous de souligner qu'elle repose implicitement sur une conception de sujet, de langage et de valeurs sociales qui est loin d'être neutre ou aseptiquement opérationnelle. Plus particulièrement parce qu'ils donnent une même importance à des éléments concernant les intérêts du sujet et à d'autres liés à son « fonctionnement adaptatif » dans le tissu social. Comment prétendre qu'un système de diagnostics pourrait répondre en même temps à des exigences si différentes, pour ne pas dire contradictoires ?

L'IGDA a malgré tout la vertu de rappeler à tous la nature clinique de la pratique psychiatrique avec toutes ses vicissitudes, ses impasses et ses défis. La clinique psychiatrique constitue un champ complexe dans lequel s'entrecroisent des approches techniques et humaines très diverses. Elle représente un espace culturellement structuré, capable d'accueillir les expressions d'un sujet avec ses conflits, ses désirs, ses angoisses, dans ses rapports à son propre corps, à sa sexualité, à ses idéaux et à l'autre. Il lui revient également de s'occuper des situations dites « limites » et des crises souvent dévastatrices qu'elles engendrent – moments de véritables ébranlements des formes habituelles d'installation du sujet dans le monde et dans le temps, qui remettent en question les fondements mêmes de son existence. Son potentiel transformateur ou sa tendance à la ré-adaptation aux vieilles formes d'organisation seront fortement influencés par le type d'écoute dispensé au patient à ce moment crucial. Ainsi, reconnaître l'importance de la clinique psychiatrique et l'ouverture à l'écoute de la parole spontanée du patient représentent un acte potentiellement révolutionnaire par rapport aux pratiques actuelles de la psychiatrie, exposant toutes les parties impliquées dans cette situation au réel du *pathos* humain.

Si l'IGDA met parfois l'accent de l'entretien psychiatrique sur sa dimension de « collecte de données », remettant ainsi la rencontre clinique au cadre du contact d'un patient supposé ignorer les déterminations de sa propre souffrance avec une autorité scientifique, garantie par la figure du médecin, à d'autres moments, ce processus d'écoute et d'entretien est décrit dans les termes d'une sage ignorance, capable d'accueillir le singulier et l'inusité, exprimée par des signifiants comme « art », « empathie », « recherche de contact ».

Nous sommes évidemment bien loin des grandes problématisations théoriques sur la structure de la rencontre psychiatre-patient, telles qu'elles émergeaient dans les œuvres de Freud, Binswanger ou Minkowski. Cependant, l'ouverture aux questions liées à la souffrance, à la parole et à la relation intersubjective demeure et la création même de l'IGDA, avec son insistance sur les aspects idiographiques et la structure narrative de cette dimension du diagnostic psychiatrique, sont une reconnaissance de l'impossibilité de réduire la souffrance humaine à un simple jeu de langage objectivant, propre des sciences naturelles. Malgré ses limitations, il s'agit d'une reconnaissance du besoin de garantir un espace à la parole de qui souffre, espace capable de laisser surgir de sa singularité ce qui ne serait ni déductible ni prévisible.

### **En guise de conclusion : la psychopathologie et le futur de la psychiatrie**

Une fois clair ce clivage, constitutif du champ psychiatrique, entre objectivation et écoute de la souffrance psychique singulière, il revient aux psychiatres, psychanalystes et autres psychopathologues de se manifester sur les potentialités et les risques de cette nouvelle manière de concevoir le champ psychiatrique qui, en dernière instance, consiste à reconnaître les capacités revitalisantes de la vieille et aléatoire clinique et de l'écoute consacrée au patient.

Il est clair que, dans le contexte de l'IGDA, quelques réflexions fondamentales pour la compréhension théorique et psychopathologique de la singularité du patient et de la nature de la rencontre clinique ne sont pas poussées à leur extrême. Il en ressort que, si d'un côté la valeur de l'écoute du patient est reconnue, de l'autre, ce qui émerge de cet acte de parole court le risque de n'être utilisé que comme un alibi pour légitimer une pratique séparant le sujet et son symptôme et soutenant des idéaux sociaux d'adaptation et de réhabilitation sans vraiment comprendre l'impact de la rencontre clinique et de la parole sur les destins subjectifs de la souffrance mentale. Cette distance entre les ouvertures que cette proposition peut introduire dans la clinique psychiatrique contemporaine et leur mise à effet concrète sur le plan éthique et pratique, surgit comme un défi qu'il faudra élaborer aussi bien théoriquement que pratiquement.

Pour conclure, l'on peut ajouter que la proposition récente d'une approche diagnostique en psychiatrie prenant explicitement en compte la parole et la dimension symbolique singulière de chaque individu peut représenter un grand progrès en relation à la clinique fondée exclusivement sur le diagnostic formel et



généralisant, tel qu'il est pratiqué ces dernières années. Néanmoins, la condition pour que cet objectif ne reste pas lettre morte ou vaine propagande est que la parole du patient et les circonstances d'écoute de la part du médecin puissent effectivement être théorisées et appliquées pour permettre l'expression singulière d'un sujet, de sa souffrance et de ses manières d'affronter ses impasses et conflits, avec des conséquences dialectiques concrètes pour lui-même et les soins qui lui sont dispensés.

Sans quoi, la nouvelle situation risque d'être encore plus grave et pernicieuse que la précédente, puisqu'elle travestirait d'humanisme et d'écoute de l'autre, ce qui, en dernière instance, ne viendrait que justifier, aux yeux du patient et de la société, une pratique arbitraire pour réduire la souffrance humaine à un dispositif politique de contrôle et de pouvoir - contre lequel Foucault nous met en garde - qui paralyse le sujet en une position d'objet défini par l'Autre, même si cet Autre s'incarne sous le titre prestigieux de la science.

C'est ainsi que, de nos jours, quand le discours psychiatrique assume dans la culture le pouvoir d'organiser nos manières de concevoir nos propres passions et souffrances, la discussion des substrats éthiques et philosophiques des classifications en psychiatrie se revêt d'un caractère fondamental et la psychopathologie, loin d'être devenue une langue morte, se doit de faire irruption dans ces débats, dans toute sa radicalité.

## Bibliographie

Feighner, J., Robins, E., Guze, S. et al., (1972) "Diagnostic criteria for use in psychiatry research", *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.

First, M., Pincus, H., Levine, J., Williams, J., Ustun, B. & Peele, R., (2004) "Clinical utility as criterion for revising psychiatric diagnoses", *American Journal of Psychiatry*, 161, 946-954.

Kendell, R., Cooper, J. & Gurlay, A., (1971) "Diagnostic criteria of American and British psychiatrists", *Archives of General Psychiatry*, 25, 123-130.

Kendell, R., & Jablensky, A., (2003) "Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses", *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.

Kirk, S. & Kutchins, H., (1998) *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Synthélabo.

Mezzich, J. et al., (may, 2003) "Essentials of the World Psychiatric Associations' International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)", *The British Journal of Psychiatry*, suppl.

Spitzer, R., (1983) "Psychiatry diagnosis: are clinicians still necessary?", *Comprehensive psychiatry*, 24, 399-411.

Spitzer, R., (2001) "Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulhus and Agich's "On values in recent american classification", *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 189, 351-359.

Wing, J. & Nixon, J., (1974) "Discriminating symptoms in schizophrenia: A report from the international pilot study of schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 32, 853-859, in Wing, J., Cooper, J. & Sartorius, N., *The measurement and classification of psychiatry symptoms*, London, Cambridge University Press.



Cet article discute la proposition récente de l'Association mondiale de psychiatrie selon laquelle, outre les approches nomothétiques déjà consacrées, les nouveaux systèmes de diagnostic psychiatrique devraient contenir des formulations idiographiques (personnalisées), présentées en style narratif, prenant en considération la singularité de la souffrance mentale de chaque patient selon des perspectives subjectives, familiales, culturelles et sociales observées lors de l'entretien clinique habituel.

D'un côté, cette proposition constitue une reconnaissance claire de la part de la psychiatrie officielle de ce que l'intronisation d'outils de diagnostic comme élément central de la clinique psychiatrique a conduit à une impasse. De l'autre, sans une critique appropriée, l'ouverture introduite risque de n'être qu'un alibi pour maintenir l'ancienne vision objectivante des dits « troubles mentaux » sous des apparences d'humanisme. Ainsi, l'urgence d'étudier les conséquences éthiques et pratiques de cette proposition surgit-elle, débat dans lequel la voie de la psychanalyse est extrêmement pertinente. En conclusion, il faut re-situer le problème du diagnostic psychiatrique sur un plan proprement psychopathologique.

Mots clés : psychiatrie, psychopathologie, nosographie psychiatrique, diagnostic psychiatrique.