

Descriptions et prescriptions

Une perspective biblique sur les diagnostics
et les médicaments psychiatriques

MICHAEL R. EMLET



Introduction

Le principe de Boucles d'or

Qu'avez-vous en tête lorsqu'un trouble psychiatrique est diagnostiqué chez une personne de votre entourage ? Ou lorsqu'elle commence à prendre un médicament psychoactif ? Vous dites-vous : « Il obtient enfin l'aide dont il a vraiment besoin ! » ? Ou bien êtes-vous sceptique quant au diagnostic, à la solution (ou aux deux), et vous demandez-vous si cette personne n'a pas en réalité simplement besoin de faire davantage confiance à Jésus ?

Il suffit de quelques conversations au sein de l'Église pour se rendre compte qu'il existe des points de vue très divergents concernant le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale. Comme beaucoup, vous vous retrouverez dans l'un ou l'autre de deux camps. Permettez-moi d'appeler cela le « principe de Boucles d'or ». Qu'est-ce que j'entends par là ?

Vous êtes peut-être une personne « trop froide¹ » à l'égard des diagnostics psychiatriques. Vous vous méfiez fortement de l'utilisation de ces appellations. Vous pensez qu'il s'agit de conceptions

¹ Dans l'histoire *Boucles d'or et les trois ours*, la curiosité de la petite fille l'incite à entrer dans la maison d'une famille de trois ours durant leur absence. La faim la pousse à goûter la soupe contenue dans des bols laissés sur la table des ours. La soupe est alors

séculières de la personne qui entrent en concurrence avec les appellations et les solutions bibliques. Au mieux, vous ne pensez pas qu'elles soient utiles, et au pire, vous pensez qu'elles sont nuisibles et déshumanisantes.

Ou peut-être êtes-vous « trop chaud » à l'égard des diagnostics psychiatriques. Vous les considérez comme des explications presque universelles de la lutte intérieure d'une personne. Vous avez tendance à graviter vers des solutions médicales et vous sous-estimez la pertinence de l'histoire biblique face à ces problèmes particuliers. Mais existe-t-il une troisième voie, un juste milieu entre ces deux tendances extrêmes ?

De même, vous pouvez être « trop froid » envers les médicaments psychoactifs. Vous êtes extrêmement méfiant à l'idée de les utiliser un jour. En réalité, vous pensez que les chrétiens dont la foi est suffisamment solide n'ont vraiment pas besoin de suivre de traitement d'ordre psychiatrique. Et qu'en est-il des effets secondaires ? Pourquoi prendre un tel risque ?

À l'inverse, vous faites peut-être partie de ceux qui sont « trop chauds » à l'égard des médicaments psychoactifs. Si un chrétien n'a aucun problème à prendre un cachet d'acide acétylsalicylique (Aspirin) ou de paracétamol (aussi appelé acétaminophène ou Doliprane) pour un mal de tête, pourquoi ne devrait-il pas utiliser un antidépresseur lorsqu'il est déprimé ? Et en ce qui concerne les effets secondaires, vous êtes persuadé que le jeu en vaut largement la chandelle. Mais existe-t-il une troisième voie, un juste milieu entre ces deux tendances extrêmes ?

L'un des objectifs de ce petit livre est de vous aider à passer d'un extrême ou un autre – trop froid ou trop chaud – à une vision des diagnostics psychiatriques et des médicaments qui sera « juste

« trop chaude » ou « trop froide », mais pas dans le bol du plus jeune, où elle n'est « ni trop chaude, ni trop froide, mais plutôt juste comme il faut ».

comme il faut ». Il est possible que vous ne tendiez *pas* vers l'un de ces extrêmes, mais que vous recherchiez simplement le cadre biblique et scientifique qui vous permettra de rester ferme sur cette troisième voie. C'est exactement le fruit que je souhaite que ce livre produise. Je veux prendre au sérieux l'aide apportée par les traitements et catégories psychiatriques, mais aussi reconnaître leurs limites.

Il ne fait aucun doute que de nombreux individus souffrent énormément en raison d'émotions et de schémas de pensée qui leur causent de graves difficultés, à eux et à leurs proches. La question urgente est alors la suivante : Comment connaître et comprendre au mieux leurs luttes ? Et après avoir compris, comment leur apporter une aide compatissante et avisée ? Après tout, nous sommes appelés à « *[porter]* les fardeaux les uns des autres, et *[accomplir]* ainsi la loi de Christ » (Ga 6.2). La classification des diagnostics psychiatriques et les médicaments psychoactifs permettent de comprendre et d'aider ceux qui sont accablés de pathologies particulières. Ce livre évalue les limites et les avantages qu'il y a à comprendre et aider les gens en utilisant cette option.

J'écris cette ressource principalement pour ceux qui viennent en aide à d'autres au sein de l'Église – pasteurs, conseillers, anciens, diacres, responsables de jeunesse, coordinateurs de ministères pour hommes et femmes, responsables de groupes de maison, et autres individus sages qui n'ont peut-être pas de titre officiel ou de description de poste de ministère, mais qui sont activement impliqués dans des relations d'amitié intentionnelle. Vous êtes sur les lignes de front de l'œuvre pastorale, et il ne fait aucun doute que vous avez pris et continuerez à prendre soin de personnes qui luttent contre l'angoisse mentale, qui sont diagnostiquées avec des troubles

psychiatriques, et qui peuvent prendre des médicaments psychoactifs ou avoir des questions à ce sujet.

Si vous souffrez d'une forme de maladie mentale et que vous avez reçu un diagnostic, je tiens à m'assurer que vous n'interprétez pas mon évaluation du système de diagnostic psychiatrique comme une critique de votre expérience personnelle. Pour certains d'entre vous, l'établissement d'un diagnostic a mis en lumière votre combat et vous a permis de recevoir le traitement dont vous aviez tant besoin. Pour d'autres, le diagnostic n'a peut-être pas été aussi pertinent ou a été associé à un traitement inutile. Je vous prie de me croire lorsque je dis que mon objectif est d'humaniser davantage votre lutte en soulignant ce que les diagnostics psychiatriques nous apprennent – et ne nous apprennent pas – sur les gens. Dieu dit que vous êtes « une créature si merveilleuse » (Ps 139.14), et je prends au sérieux cette interprétation de votre vie.

Vous remarquerez que j'ai ajouté de nombreuses notes de bas de page. Bien que je ne veuille pas être trop technique, je pense qu'il est important, avec un sujet aussi complexe, d'apporter un soutien à mes affirmations et de présenter les différentes nuances lorsque cela est nécessaire. Cependant, je souhaite également que ce contenu soit utile et porte ses fruits dans des situations qui font partie de la réalité du ministère ; il ne doit pas simplement exister comme un ouvrage de référence. N'hésitez donc pas à sauter les notes de bas de page durant de votre lecture si cela vous aide à suivre le cours de l'argumentation. Vous pourrez revenir aux notes plus tard si vous souhaitez avoir plus de détails.

Cette ressource n'a pas vocation à servir de guide complet pour aider les personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble mental. Elle n'abordera pas non plus les multiples approches pour aider les personnes qui souffrent de tels maux. Je cherche simplement à

fournir un cadre biblique fondamental pour comprendre les diagnostics psychiatriques (Première partie) et l'usage de médicaments psychoactifs (Deuxième partie). En fin de compte, mon souhait est que ce livre vous aide à réfléchir avec sagesse et compassion à ces luttes, afin que vous puissiez être toujours plus équipé pour œuvrer dans le ministère crucial du counseling.

Première partie

Comprendre les diagnostics psychiatriques

Chapitre 1

Le diagnostic est inévitable

Tout le monde « établi des diagnostics ». Tout le monde. Interpréter – ou diagnostiquer – nos expériences est inévitable. Une partie de l'expérience humaine consiste à classer, organiser et interpréter notre monde. C'est un écho de la parole « organisatrice » de Dieu, qui a créé quelque chose de significatif à partir du chaos (Ge 1). Au moment de les créer, Dieu a nommé le jour et la nuit, les cieux, la terre et les mers. Puis il a permis à Adam de nommer les créatures qui remplissaient les jours et les nuits, les cieux, la terre et les mers. Les porteurs de l'image de Dieu devaient « régner » sur la terre en son nom et sous son autorité (v. 28). Avant la chute, cela se faisait dans la dépendance de Dieu. Mais depuis la chute, en dehors de la grâce de Dieu, nous fonctionnons comme des interprètes autonomes et comme des organisateurs de notre monde, sans en référer à Dieu.

Dans le cas de certains systèmes de classification, les enjeux ne sont pas très élevés, car ils ne sont pas liés à la façon dont nous comprenons les êtres humains – par exemple, les enjeux ne sont pas si importants lorsque nous classons des chansons selon leur genre musical (rock, punk, classique, jazz, country ou RnB). D'autres systèmes

de classement se rapprochent davantage de notre identité, comme ceux qui définissent les origines et l'éthnicité. D'autres encore se rapprochent de notre nature fondamentale de porteurs de l'image de Dieu et d'adorateurs : pécheur, affligé, victime, oppresseur, esclave, adultère, etc. Le système de classification psychiatrique utilisé par les professionnels de la santé mentale aux États-Unis est l'un de ces schémas importants. La façon dont nous nous comprenons les uns les autres est essentielle. L'erreur, dans ce cas, signifie au mieux une mauvaise compréhension, et au pire une catastrophe personnelle.

Le psychiatre Peter Kramer a souligné à juste titre : « La façon dont nous percevons une personne est une fonction des catégories que nous reconnaissons – de notre propre système de diagnostic privé¹. » Par exemple, disons que, après avoir rencontré un individu pour la première fois, vous le « diagnostiquez » comme étant « bizarre », ou peut-être, moins poliment, comme étant un « crétin égocentrique et insensible ». Que se passe-t-il si vous apprenez plus tard que cette personne a été diagnostiquée avec un « trouble du spectre de l'autisme » ? Modifiez-vous votre vision de cette personne et de ses actions à la lumière de cet autre schéma de diagnostic ? Peut-être que, dans certains cas, oui, et dans d'autres, non. Mais dans tous les cas, vous voyez à quel point la nature du « diagnostic » oriente notre vision de cette personne et détermine les solutions envisageables pour celle-ci.

Il faut que nos systèmes de classification correspondent à la réalité. Autrement dit, il faut utiliser des catégories valables. Personne ne veut être mal diagnostiqué, que ce soit selon le langage biblique ou le langage séculier. Il est nécessaire que les mots et les catégories que nous utilisons aient un sens, qu'ils soient révélateurs de la réalité des choses.

¹ Peter D. Kramer, *Listening to Prozac* [À l'écoute du Prozac], trad. libre, New York, N. Y., Penguin Books, 1997, p. 68.

Considérez cette liste de catégories de diagnostic : la maladie d'Alzheimer, le trouble bipolaire, le sevrage alcoolique, le trouble pédophile, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble de la personnalité antisociale, le trouble du spectre de l'autisme et le trouble de la personnalité limite (ou trouble borderline). Ils représentent tous des diagnostics figurant dans le texte de référence de la psychiatrie – le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, mieux connu sous le nom de *DSM*².

À la lumière de ce que j'ai dit jusqu'à présent, il est approprié de soulever plusieurs questions : Comment comprenons-nous la nature des diagnostics psychiatriques ? Que signifient ces diagnostics ? Ont-ils tous le même degré de viabilité ? Quelle quantité d'informations fournissent-ils réellement sur une personne ? Est-il sage pour les chrétiens d'utiliser ces classifications séculières et, si oui, comment ? Comment ces catégories devraient-elles façonner la manière dont nous nous occupons des personnes qui viennent nous voir avec de tels diagnostics ? Devons-nous devenir « bilingues » ? Autrement dit, devons-nous apprendre à utiliser couramment les catégories du *DSM* ainsi que les catégories bibliques si nous voulons vraiment aider les autres ? Les catégories de diagnostic psychiatrique sont-elles contradictoires et en concurrence avec les catégories bibliques ? Sont-elles parallèles aux catégories bibliques ? Chevauchent-elles d'une certaine manière les catégories bibliques ?

Ces questions sont importantes, en particulier dans le contexte qui est le nôtre à l'heure actuelle. Le langage du diagnostic psychiatrique n'est pas seulement connu dans le monde de la santé mentale, il est aussi couramment utilisé dans la population générale. Des termes tels que « TOC » (trouble obsessionnel

² *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd. [*DSM-5*], Elsevier Masson, 2015.

compulsif), « SSPT » (syndrome de stress post-traumatique) et « TDAH » (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) font partie de notre culture de manière formelle et informelle. Nous ne pouvons donc pas nous permettre de faire l'autruche en adoptant une attitude dédaigneuse et isolationniste. Nous ne pouvons pas non plus nous permettre de prendre l'ensemble des diagnostics psychiatriques pour argent comptant. Nous avons besoin d'une approche équilibrée, bibliquement (et scientifiquement !) informée, qui ne soit ni trop chaudement accueillante ni trop froidement dédaigneuse. Il est important de trouver cet équilibre. Il ne s'agit pas seulement d'une discussion académique entre les murs des instituts de formation pour pasteurs, conseillers, psychiatres et autres médecins. Imaginez ce qui se passerait si vous vous dirigiez vers les extrêmes que j'ai mentionnés dans l'introduction.

Disons que vous êtes « trop chaud » à l'égard des diagnostics psychiatriques. Comment cela se traduira-t-il dans la pratique si une personne à qui on a récemment diagnostiqué un trouble bipolaire commence à fréquenter votre Église ou votre groupe de maison ? Il pourra alors être question de mettre l'accent sur les soins médicaux en excluant des soins pastoraux parce que les médecins (psychiatres) seront considérés comme les experts en la matière. Cela pourra conduire à négliger des catégories et des thèmes bibliques plus larges pour comprendre et aider la personne, y compris l'identification et la résolution des problèmes de souffrance, de honte, de culpabilité, de péché et de responsabilité. Conclusion : Vous pointerez du doigt des solutions incomplètes. Vous manquerez des opportunités de ministère. Votre approche de la personne sera tronquée.

Que se passera-t-il si vous êtes « trop froid » à l'égard des diagnostics psychiatriques ? À quoi ressemblera cette attitude, dans la

pratique, avec une personne souffrant d'un trouble bipolaire ? Il se peut que votre attitude sceptique et antipsychiatrique soit rebutante pour la personne et empêche la construction d'une relation. Vous serez plus enclin à considérer ses problèmes uniquement comme des péchés – comme quelque chose qu'elle fait – plutôt que comme un mal ou une faiblesse qu'elle doit affronter. Vous risquez d'ignorer des éléments physiques potentiellement utiles pour la prise en charge globale de la personne, y compris les médicaments. En résumé, vous pointerez du doigt des solutions incomplètes. Vous manquerez des opportunités de ministère. Votre approche de la personne sera tronquée.

Voyez-vous à quel point les enjeux sont élevés ? Je souhaite que nous nous éloignons de ces deux tendances pour nous diriger vers un juste milieu plus sage. Pour ce faire, nous devons examiner plus attentivement la nature des diagnostics psychiatriques.

L'objectif ultime n'est ni de dénigrer, ni de justifier le système de diagnostic psychiatrique, mais d'*aider* ceux qui luttent contre des pensées, des émotions et des comportements désordonnés. Dans la mesure où l'utilisation de la terminologie psychiatrique contribue à cet objectif, nous devons être ouverts à cette aide. Dans la mesure où l'utilisation de la terminologie psychiatrique entrave cet objectif, nous devons offrir une critique sage et gracieuse. Dans les deux cas, une approche centrée sur l'Évangile et riche en conseils bibliques doit rester le fondement de notre exercice du ministère.

Dans la première partie de ce livre, nous examinerons comment les problèmes psychiatriques sont diagnostiqués. Nous verrons ensuite que le système actuel de diagnostic est un phénomène relativement récent en retraçant brièvement l'histoire de la psychiatrie du xx^e siècle. Ces réflexions nous permettront de comprendre à la fois les limites et les avantages potentiels des diagnostics psychiatriques dans le contexte du ministère.

Chapitre 2

Comment les problèmes psychiatriques sont-ils diagnostiqués ?

Commençons par la façon dont les problèmes psychiatriques sont diagnostiqués. Examinons cette affirmation :

La ligne de démarcation entre la santé mentale et la folie, comme celle entre la santé et la maladie, est parfois si nébuleuse qu'il devient extrêmement difficile de déterminer où l'une finit et où l'autre commence. N'est-il pas étonnant, dès lors, que des divergences d'opinions apparaissent à ce sujet, notamment lorsque la question de la responsabilité est soulevée¹ ?

Étonnamment, cette citation ne provient pas d'un éditorial récent du *New York Times*, mais d'une édition du *Journal of the American Medical Association* (*JAMA*, revue de l'Association

¹ *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1904, vol. 43, p. 740-741, trad. libre.

médicale américaine) sortie en 1904 ! Plus de cent ans plus tard, les psychiatres sont toujours confrontés à ce dilemme : Comment différencier les personnes en bonne santé mentale des malades mentaux ?

Les diagnostics psychiatriques actuels du *DSM* consistent en un ensemble de symptômes (rapportés par le patient) et de signes (observés par le médecin clinicien) qui se regroupent. C'est sur cette base que tout médecin est formé pour diagnostiquer les problèmes. Prenons un exemple médical simple : un patient signale des *symptômes* d'écoulement nasal, de mal de gorge, de toux et de douleur à l'oreille droite. Lors de l'examen physique, le médecin note les *signes* suivants : fièvre légère (38,2 °C), écoulement nasal clair, gorge légèrement rouge, mais sans exsudat (pus), ainsi que tympan droit rouge et immobile. Sur la base de son jugement clinique, le médecin considère ces symptômes et signes, puis établit un diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures avec une otite moyenne (infection de l'oreille) à droite. Un psychiatre procède à une évaluation diagnostique de la même manière. Il est certain que les symptômes et les signes de troubles mentaux peuvent être plus difficiles à évaluer et à vérifier, mais ce serait une erreur de penser que tout ce qui compte dans le diagnostic psychiatrique est ce que le patient vous dit.

Les professionnels de la santé mentale utilisent le *DSM* comme ressource principale pour décrire, catégoriser et diagnostiquer les troubles mentaux. L'approche fondamentale du *DSM* est que, sous les symptômes et les signes, se cache un aspect plus global, un diagnostic spécifique qui unifie le portrait de la personne d'une manière valide et significative.

L'*American Psychiatric Association* (APA, Association psychiatrique américaine) considère qu'un « trouble mental » est :

... un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importantes des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social (p. ex. sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut².

Remarquez l'accent mis sur la détresse, le dysfonctionnement et la déviance. Notez également les catégories de cognition, d'émotion et de comportement qui, dans les Écritures, reflètent toutes notre vie morale et spirituelle devant Dieu³. Ces idées générales sont approfondies dans les spécificités de chaque diagnostic. Pour l'instant, il est important de reconnaître que, dans ce domaine, aucun test en laboratoire ou examen radiologique (p. ex. tomographie par émission de positons ou IRM) n'est généralement utilisé pour établir un diagnostic. Pour la grande majorité des diagnostics psychiatriques, la déclaration par le patient

² *DSM-5*, p. 22.

³ Pour un traitement approfondi de la façon dont l'Écriture considère notre pensée, nos affections, nos émotions, notre volonté et notre comportement comme des facultés morales et spirituelles (c.-à-d. reflétant notre relation avec Dieu), voir Michael R. Emler, « Understanding the Influences on the Human Heart » [« Comprendre les influences sur le cœur humain »], *The Journal of Biblical Counseling* [La Revue de Counseling Biblique], vol. 20, n° 2, 2002, p. 47-52.

de ses symptômes et les observations du psychiatre sur la personne constituent le fondement de l'élaboration du diagnostic.

Une exception, bien sûr, est le test de laboratoire (sang, urine) qui confirme (p. ex.) la présence de marijuana dans le cadre du diagnostic *DSM* d'« intoxication au cannabis », comme ce serait le cas pour d'autres consommations excessives. Une autre exception est le diagnostic *DSM* de la narcolepsie, dont les critères comprennent un test pour déceler un déficit en hypocretine⁴. Des recherches supplémentaires visant à étudier l'utilité d'autres tests pour des diagnostics particuliers se poursuivent, mais ces tests ne sont pas utilisés actuellement à des fins de diagnostic officiel.

⁴ *DSM-5*, p. 485-486.

Chapitre 3

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Un bref survol historique du diagnostic psychiatrique

Le fait que le *DSM* ait connu cinq éditions majeures nous indique que nous n'en sommes pas arrivés là du jour au lendemain. L'évolution du système de diagnostic psychiatrique s'est faite au fil du temps, mais sur une période relativement courte. Pour comprendre la nature du diagnostic psychiatrique moderne, il faut comprendre le combat entre deux idéologies au sein de la psychiatrie : la psychiatrie psychodynamique et la psychiatrie biologique (descriptive)¹. Un bref tour d'horizon du champ de

¹ Voir T. M. Luhrmann, *Of Two Minds: An Anthropologist Looks at American Psychiatry* [Deux pensées : un anthropologue observe la psychiatrie américaine], New York, N. Y., Vintage, 2001. David Powlison note que la bataille entre les conceptions psychologique et biologique de la personne dure depuis le milieu du XIX^e siècle. Voir « Biological Psychiatry » [« Psychiatrie biblique »], *The Journal of Biblical Counseling* [La revue de counseling biblique], 1999, vol. 17, n° 3, p. 2-8. Voir également Allan V. Horwitz, *Creating Mental Illness* [Création de la maladie mentale], Chicago, Ill., University of Chicago Press, 2002.

bataille vous aidera à comprendre ce qui s'est passé entre la publication du *DSM-I* en 1952, et celle du *DSM-5* en 2013.

Avant le *xx^e* siècle, il n'existait que quelques catégories de diagnostics en matière de santé mentale. Seuls ceux qui étaient les plus gravement atteints étaient considérés comme des malades mentaux ; ils présentaient les équivalents modernes de la schizophrénie ou du trouble bipolaire (maniacodépression) et étaient généralement internés dans un asile. La condition *sine qua non* de la maladie mentale était la présence d'une psychose, c'est-à-dire d'une rupture avec la réalité accompagnée d'hallucinations (expériences sensorielles non partagées par les autres) ou de délires (croyances irrationnelles fixes), voire des deux. La mélancolie (dépression sévère) était également une affection largement reconnue.

La psychiatrie psychodynamique a vu le jour avec Freud au début du *xx^e* siècle, puis est devenue la voix dominante de la psychiatrie américaine dans les années 1950 à 1970. L'approche psychodynamique privilégie une vision spectrale de la maladie mentale, selon laquelle toute maladie mentale se situe sur un éventail entre le normal et l'anormal. Comme l'a dit Karl Menninger, « au lieu de mettre l'accent sur les différents types et portraits cliniques de la maladie, nous proposons de considérer que toutes les formes de maladie mentale sont essentiellement les mêmes en matière de qualité, mais qu'elles diffèrent quantitativement² ». Ainsi, dans cette conception, la schizophrénie est une forme de maladie beaucoup plus grave que la « névrose d'angoisse », mais les deux diagnostics se situent sur le même spectre. Les deux problèmes trouvent leur origine dans l'anxiété provenant d'un conflit au sein de l'inconscient de l'individu, intensifié par la

² Mitchell Wilson, « DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History » [« DSM-III et la transformation de la psychiatrie américaine : un historique »], *American Journal of Psychiatry* [Revue américaine de psychiatrie], trad. libre, 1993, vol. 150, n° 3, p. 400.

présence d'une maladie mentale provenant de facteurs sociaux ou environnementaux.

Cette orientation théorique a fait basculer un nombre croissant de personnes dans la catégorie des « malades mentaux » (souffrant d'une sorte de « névrose »)³. L'objectif du traitement était d'aller au-delà du symptôme et de s'attaquer à sa cause psychogène (provenant de l'esprit). C'est de cette perspective que sont nés le *DSM-I* (1952) et le *DSM-II* (1968). Le problème est le suivant : Si tout le monde se trouve sur un spectre, où tracer la frontière entre santé et maladie ? Avec le temps, l'échec de la psychiatrie psychodynamique à distinguer de manière fiable ces deux groupes a ouvert la porte à la psychiatrie descriptive⁴.

Les psychiatres descriptifs cherchaient généralement du côté de la biologie pour expliquer l'origine des problèmes mentaux. Cette vision a été alimentée en partie par le succès des premiers antidépresseurs et antipsychotiques mis au point dès la fin des années 1950. À partir de ce moment-là, le contrôle biochimique des symptômes a suggéré l'importance d'explorer les causes biochimiques au niveau de la neurotransmission dans le cerveau. Ces psychiatres avaient tendance à avoir une vision compartimentée de la maladie mentale. En d'autres termes, chaque maladie mentale devait être considérée comme une entité distincte et séparée, et non comme un spectre. Contrairement à la conception psychodynamique, les psychiatres descriptifs considéraient que les différentes maladies mentales variaient à la fois en qualité et en quantité. Comme ils considéraient une maladie mentale comme significativement différente d'une autre, il est devenu important de développer des critères de diagnostic plus rigoureux pour différencier

³ Voir Horwitz, *Creating Mental Illness* [Création de la maladie mentale], p. 38-55.

⁴ Un exemple particulièrement flagrant de cet échec en matière de fiabilité et de validité a été rapporté par David L. Rosenhan, « On Being Sane in Insane Places » [« Être sain dans des lieux fous »], *Science*, 1973, vol. 179, p. 250-258.

les nombreux problèmes de pensée et de comportement observés par les psychiatres.

Avec la publication du *DSM-III* en 1980, l'approche descriptive a triomphé. Le langage psychodynamique de la *névrose* et de la *réaction* a été marginalisé, et des listes détaillées de symptômes et de signes ont été créées pour chaque entité diagnostique, dont beaucoup apparaissaient pour la première fois. L'accent n'était alors pas mis sur la causalité, mais sur le développement de descriptions de plus en plus détaillées pour le nombre croissant de problèmes rencontrés par les psychiatres. En effet, même le *DSM-5* précise que « le diagnostic ne présuppose rien d'obligatoire concernant l'étiologie ou les causes qui expliquent la présence du trouble mental chez un individu, ou concernant le degré de contrôle par l'individu de ses comportements en rapport avec un trouble⁵ ». Le fait de mettre l'accent sur la description plutôt que sur la causalité, dans l'élaboration de diagnostics, a eu pour effet, entre autres, la prolifération des diagnostics psychiatriques à partir du *DSM-III*. Par rapport au *DSM-I*, le *DSM-IV-TR* (le prédécesseur du *DSM-5*) a connu une augmentation de trois cents pour cent du nombre de diagnostics⁶.

Malgré les voix dissidentes au sein de la psychiatrie conventionnelle (voir quelques exemples ci-dessous), ainsi que les déclarations figurant dans le *DSM-5* à propos de la nécessité d'une validité accrue⁷ (correspondance avec le monde réel) dans l'approche dia-

⁵ *DSM-5*, p. 30.

⁶ Arthur C. Houks, « Discovery, Invention, and the Expansion of the Modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders » [« Découverte, invention et expansion du diagnostic moderne et des manuels statistiques de troubles mentaux »], dans *Rethinking the DSM: A Psychological Perspective* [Repenser le DSM : une perspective psychologique], Larry E. Beutler et Mary L. Malik, éd., Washington, D. C., American Psychological Association, 2002, p. 18.

⁷ Pour plus de détails, notamment au sujet de la distinction entre fiabilité et validité, voir Martyn Shuttleworth, « Definition of Reliability » [« Définition de la fiabilité »], < <https://explorable.com/definition-of-reliability> >.

agnostique, il semble que le système descriptif actuel soit bien établi et restera d'actualité dans l'avenir proche. Les auteurs du *DSM-5* reconnaissent les limites d'un système descriptif ou catégorique, mais ne disposent pas, à ce stade, d'une alternative plus viable fondée sur des preuves. Examinez les citations suivantes tirées du *DSM-5*, qui montrent ironiquement un retour vers un modèle de « spectre » comme moyen de comprendre les troubles psychiatriques (bien que les preuves biologiques modernes soient à l'origine de ce mouvement et non les théories psychodynamiques) :

Bien que certains troubles mentaux puissent avoir des limites bien définies à partir d'associations de symptômes, les connaissances scientifiques tendent à placer de nombreux troubles mentaux, sinon la plupart, le long d'un spectre qui relie tous les troubles clairement apparentés présentant des symptômes, des facteurs de risque génétiques ou environnementaux communs, et peut-être même un sous-bassement neuronal commun [*c.-à-d. des fondements neurologiques*] [...] *En bref, il a fallu reconnaître que les frontières entre les troubles mentaux sont plus perméables qu'on ne le croyait auparavant*⁸.

Ainsi, « malgré toutes les difficultés posées par les diagnostics catégoriels, les membres de la *Task Force* du *DSM-5* ont convenu qu'il était scientifiquement prématuré de proposer des définitions alternatives pour la plupart des troubles pathologiques⁹ ».

J'ai examiné comment les problèmes psychiatriques sont diagnostiqués et j'ai brièvement survolé l'histoire de la psychiatrie américaine. Examinons maintenant le système de diagnostic psychiatrique de manière plus approfondie. L'approche actuelle du diagnostic psychiatrique suscite un certain nombre de préoccupations que beaucoup, même au sein de la communauté psychiatrique, ont

⁸ *DSM-5*, p. 4 (italiques pour souligner).

⁹ *DSM-5*, p. 14.

identifiées. Je vais souligner les quatre qui, à mon avis, méritent le plus d'attention. Cela nous permettra, dans les chapitres suivants, de mieux évaluer les limites et les avantages des catégories psychiatriques dans le contexte du ministère interpersonnel.