

À propos du DSM

Jean-François Coudurier

C'est dans le cadre d'une réflexion entreprise depuis quelques années sur l'idéologie, le racisme, l'idéologie de la science, que je voudrais situer ce travail sur le symptôme pris dans l'idéologie. Michel Foucault fait ici référence (1).

À une époque où on parle du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, autrement appelé DSM, comme du triomphe de la science, c'est plutôt sur son caractère pseudo-scientifique que je voudrais mettre l'accent et sur le fait que s'il représente un triomphe, c'est celui de l'idéologie libérale et capitaliste, certainement pas de la science.

Je m'attacherai aujourd'hui à examiner la méthode de confection des différentes versions du DSM en m'appuyant sur le travail de deux sociologues américains, Stuart Kirk et Herb Kutchins, qui ont publié (2) un travail très fouillé sur la question.

Puis je poserai quelques jalons pour la suite de mon travail sur le retour du refoulé dans la société américaine et la nôtre.

Les origines du DSM

Les premiers systèmes de classification aux États-Unis ont été élaborés par le gouvernement fédéral en vue de recensement. Entre 1840 et 1880, on est passé d'une catégorie, l'idiotie, incluant la folie, à sept. Ce sont les besoins administratifs et non les demandes de praticiens qui motivèrent toutes les révisions, y compris celle du DSM IV entreprise pour mettre le DSM III en accord avec la CIM de l'OMS.

Aux demandes gouvernementales se sont ajoutées au début des années 1970 les demandes des assurances maladie, qui aux États-Unis, faut-il le rappeler, sont privées, quand s'étendit le système du tiers payant pour les psychothérapies, ce qui conduisit à une augmentation sans précédent des traitements ambulatoires.

Les compagnies d'assurances constatant des variations considérables sur les diagnostics et les traitements qu'elles avaient à rembourser voulurent y mettre bon ordre. À cela s'ajoutait, disent Kirk et Kutchins, le fait qu'il apparaissait que les psychothérapeutes préféraient les clients jeunes, séduisants, intelligents, s'exprimant facilement et réussissant ce qu'ils faisaient, ce qui fut dénommé syndrome

YAVIS (*young, attractive, verbal, intelligent, successful*), ce qui posait la question du bien-fondé des indications. Ce sont donc ces demandes de l'État et des assurances privées qui sont à l'origine de l'incroyable promotion au rang de concept clé, soutenant toute la conception du DSM, du problème de la FIABILITÉ.

La fiabilité, Spitzer et Williams la définissent dans un article de 1983 comme suit: «La fiabilité d'un système classificatoire psychiatrique est en relation directe avec le nombre d'utilisateurs dont les diagnostics, appliqués à une série de cas, concordent.» Voilà le dogme intangible sur lequel est faite toute

la construction des DSM.

En vingt-cinq ans, de 1968 à 1993, la psychiatrie américaine a connu quatre nosologies psychiatriques.

À chaque changement on a assisté à la disparition de certains diagnostics, les deux plus notables étant ceux de névrose et d'homosexualité; d'autres ont fait leur apparition et la plupart de ceux qui se sont maintenus ont été redéfinis au point souvent d'être méconnaissables.

Tous ces changements ont été présentés comme scientifiquement fondés. La construction des DSM est l'histoire des fabuleux forçages nécessaires à l'obtention d'un consensus appelé fiabilité, entre des gens «du Maine à Hawaï», pourtant sélectionnés dès le départ pour leur adhésion aux dogmes fondateurs du comportementalisme. Ce ne sera pas, malgré cela, chose facile.

La prétention a-théorique

Elle ne tient pas même à un examen rapide.

Les «faits»

Le choix d'une étude quantitative plutôt que qualitative est un choix épistémologique dont les implications et soubassements théoriques sont évidents, très loin de la démarche des grands psychiatres, qui de Clérambault à Henry Ey se sont appuyés sur des monographies. Ici le choix de la question de la fiabilité permet d'éviter la question de la définition conceptuelle générale de la limite entre normal et pathologique et de la signification des troubles. Produisant un découpage, dans ce qui fait symptôme, qui doit tout au regard de l'autre, inévitablement pris à la fois dans la norme et dans la définition du symptôme, non pas par la souffrance psychique, par la position psychique d'un sujet à l'égard d'un objet, mais par l'objet même.

Il suffit pour s'en convaincre de se référer au chapitre: «Troubles apparaissant ordinairement au cours de l'enfance», section «Trouble des conduites» où nous voyons que «trouble» est écrit au singulier là où nous avons l'habitude de parler de «troubles du comportement» au pluriel, nous réservant de remettre à plus tard la question de savoir à quelle entité nosographique appartient ce trouble.

Ici il est question d'en faire une entité unique, sans tenter la moindre justification d'un regroupement hétéroclite, qui classe curieusement le fait de «contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles» dans un critère (A7) tandis que le viol sera classé ailleurs. De même que le «vol par effraction dans une maison appartenant à autrui» appartient au critère A10, tandis que le «vol d'objets d'une certaine valeur» appartient au critère A12. C'est donc bien l'objet atteint qui définit le symptôme, pas l'attitude psychique du sujet à l'égard de l'objet (ou de l'Objet).

L'affirmation selon laquelle le DSM est fondé sur des données empiriques ne s'étend pas à la définition de base du trouble mental, défini par l'objet atteint sans que rien permette de distinguer des différences dans l'attitude psychique, la représentation, la position subjective du sujet ayant porté

atteinte à cet objet (ou Objet).

Les «données empiriques» elles-mêmes sont l'objet d'une définition on ne peut plus sommaire: «Finalement, nous dit Spitzer dans son introduction au DSM III, l'intérêt porté à l'élaboration de ce manuel tient à la conscience de ce que le DSM III marque dans notre domaine, un renforcement de l'idée que les données sont la base obligatoire de la compréhension des troubles mentaux.»

À quoi on pourrait opposer ce que dit Bruno Latour dans *La science en action* (3): «En lui-même, un énoncé n'est jamais ni factuel ni fictif, ce sont d'autres qui en décident plus tard.»

Les «faits» semblent avoir pris l'apparence, dans le DSM, de «fées».

Un autre aspect de l'élaboration du DSM fait porter un très sérieux doute sur le caractère factuel de ce qui y a été retenu comme symptôme: la bataille autour de l'homosexualité, présentée comme pathologie mentale dans le DSM II, puis retirée sous la pression des mouvements gays, mais aussi le «trouble de la personnalité à conduite d'échec», la «paraphilie du viol» (qui aurait été une forme particulière de perversion poussant au viol) ou encore du stress post-traumatique imposé par les anciens du Vietnam et bien d'autres, montreront que les «données empiriques» ne résistent pas longtemps aux données politiques.

La «CONCORDANCE»

Le fer de lance de la (pseudo) scientificité du DSM fut l'apparition d'un indicateur statistique mis au point en 1960 par Cohen pour étudier l'accord entre échelles économiques, le KAPPA. Si nous posons la question à deux cliniciens: «Ce patient est-il schizophrène? Oui ou non?», sans même avoir rencontré ledit patient, la concordance due au hasard est de 50 %. Le KAPPA est censé corriger cela en déduisant de la concordance observée la concordance due au hasard. Extraordinaire position épistémologique qui voudrait que la terre soit plate puisque la concordance des opinions sur ce sujet fut totale pendant des siècles, qui voudrait qu'elle ne tournât point, puisque la concordance des opinions fut totale pendant des siècles, etc.

Malgré ce dogme intangible qui voudrait que la validité tienne à la fiabilité (ce qui n'est qu'une manière plus «savante» de dire ce que nous venons de dire), le KAPPA ne tenait pas ses promesses puisqu'on observait des dispersions allant de 0 à 1, soit justement ce qu'il était censé corriger. Il fallait donc améliorer la fiabilité, ce qui exigeait de réduire fortement, voire d'éliminer la dispersion des critères et la dispersion de l'information, ce à quoi s'attela un groupe très restreint, un «collège invisible» de néo-kraepelinien qui, tout en voulant élaborer un manuel a-théorique, n'en partageaient pas moins un credo décrit par l'un d'entre eux (Klerman, 1978) comme suit:

- 1) La psychiatrie est une branche de la médecine.
- 2) La psychiatrie devrait utiliser les méthodes scientifiques modernes et fonder sa pratique sur la connaissance scientifique.
- 3) La psychiatrie soigne des gens malades qui requièrent un traitement pour la maladie mentale.
- 4) Il existe une limite entre le normal et le pathologique.

- 5) Il existe des maladies mentales distinctes. Les maladies mentales ne sont pas des mythes. Il n'y a pas une seule maladie mentale mais plusieurs.
- 6) La tâche de la psychiatrie scientifique comme des autres spécialités médicales est de rechercher les causes, le diagnostic et le traitement de ces maladies mentales.
- 7) L'attention des médecins psychiatres devrait particulièrement se porter sur les aspects biologiques de la maladie mentale.
- 8) Il devrait y avoir un intérêt explicite et volontaire pour le diagnostic et la classification.
- 9) Les critères diagnostiques devraient être codifiés et la validation de ces critères par différentes techniques devrait être considérée comme un domaine de recherche légitime et précieux. De plus, les départements de psychiatrie des écoles de médecine devraient enseigner ces critères et non les déprécier comme cela a été le cas durant de nombreuses années.
- 10) Les techniques statistiques devraient être utilisées dans les efforts de recherche visant à améliorer la fiabilité et la validité des diagnostics de la classification.

On le voit, c'est là un credo a-théorique! Pour améliorer cette fameuse fiabilité, on ne recula devant rien. Le problème était résolu si:

- 1) on limitait l'information collectée par les cliniciens;
- 2) on formalisait l'ordre dans lequel elle était rassemblée;
- 3) on guidait la manière dont l'ensemble des questions étaient posées;
- 4) on donnait des indications explicites sur les décisions diagnostiques possibles.

On aurait alors une chance de réduire considérablement les désaccords entre investigateurs.

L'axiome sur lequel repose cette méthodologie est ainsi énoncé: «Il n'y a pas de garantie qu'un système fiable soit valide, mais un système non fiable est sans conteste non valide.» Comme si l'accord entre des gens sélectionnés dès le départ pour leur unité de pensée était une garantie.

Quand les choses se resserrent, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de porter des diagnostics spécifiques, alors le forçage confine à la supercherie. Par exemple, si un clinicien avait estimé qu'une série de patients souffraient de troubles de l'agoraphobie avec attaque de panique, alors qu'un autre les avait jugés atteints de trouble obsessionnel, on concluait à une concordance parfaite puisque ces deux diagnostics appartenaient à la classe diagnostique des troubles anxieux. Et le coefficient KAPPA aurait eu une valeur égale à 1!

La contorsion KAPPA ne s'arrête pas là. Le système multi-axial du DSM III encourage les diagnostics multiples au sein des axes I et II et entre ces mêmes axes.

Ainsi un premier clinicien pouvait estimer qu'un patient souffrait principalement de troubles dysthymiques (catégorie diagnostique de l'axe I) et secondairement de trouble de la personnalité limite (borderline) (catégorie de l'axe II), alors qu'un second clinicien pouvait établir un diagnostic principal de dépression majeure et un diagnostic secondaire de personnalité histrionique. Or, du fait de la concordance entre classes diagnostiques, il était possible de conclure à une fiabilité parfaite alors même qu'il n'y avait

aucun accord sur les diagnostics spécifiques.

Plus encore. Deux auteurs, Lipton et Simon, demandèrent à sept cliniciens «experts» de réévaluer le classement diagnostique de 131 patients: cette réévaluation ne confirma que 16 des 89 diagnostics de schizophrénie.

Elle établit 50 diagnostics de troubles affectifs là où la première étude en avait trouvé 15. Elle trouva 26 patients atteints de troubles organiques alors que la première étude en avait trouvé 7.

Comme on le voit, non contente qu'il soit tout à fait contestable sur le plan épistémologique de faire reposer la validité des concepts psychiatriques sur leur fiabilité, celle-ci se révélait très peu... fiable.

Le retour du refoulé

Là où le DSM II parlait encore de névrose et d'hystérie, le DSM III les démembra en troubles affectifs, troubles anxieux, somatoformes, dissociatifs et psychosexuels.

Troubles dissociatifs de la personnalité est en fait un terme qui apparaît dans le DSM IV, le III du nom parle de «personnalité multiple» qui reste en sous-titre dans le DSM IV.

Dénier l'inconscient, dénier la division ne se fait pas sans quelque retour, le déni de la division se payant de la multiplication (des personnalités).

Le *New York Time* (1990) rapporte l'histoire d'un homme accusé d'avoir agressé sexuellement une de ses connaissances chez laquelle fut porté le diagnostic de «personnalité multiple». Le procureur soutint que la femme avait vingt et une personnalités dont aucune n'avait consenti à des relations sexuelles. Juristes et psychiatres, DSM sous le bras, eurent à se prononcer sur la question de savoir si les différentes personnalités témoigneraient toutes sous serment, si chacune avait ses propres aventures sexuelles et si le diagnostic était correct.

Le 9 novembre 1990, l'homme fut reconnu coupable, trois des vingt et une personnalités ayant témoigné contre lui.

Je vois trois raisons principales à ce retour de la division (sous forme de multiplication):

- la division de l'hystérie et de la névrose en général en une multiplicité de syndromes;
- la répartition, je cite, «pour rendre compte de la totalité des états mentaux» en une description en quatre axes indépendants mais supposés corrélés;
- l'indication donnée par les concepteurs, de faire plusieurs diagnostics.

Si on passe à un autre versant de la mise en pièces de l'hystérie et que l'on consulte le chapitre « Personnalité histrionique », on trouve la définition suivante: «Attitude de victime, ou de princesse, comportement hyper-réactif, accès irrationnel de colère ou de mauvaise humeur, tentative de suicide à visée manipulatrice, recherche de réassurance, action inconsistante, égocentrisme, vanité, exigence. La qualité réelle de leurs relations sexuelles est variable. Certaines sont volages, d'autres ingénues et frigides, mais d'autres encore ont une adaptation sexuelle apparemment normale.»

L'Amérique bien pensante, vous le voyez, ne date pas d'aujourd'hui.

S'agissant de la sexualité, Lucien Israël, qui a vu lui le passage du DSM II au

n° III, notait que le DSM ne décrivait que quatre troubles de la sexualité alors que le second en dénombrait sept. Entre-temps, on avait fait un inventaire de démographie thérapeutique et constaté qu'il existait sept types de thérapeutes; il fallait donc trouver sept troubles de la sexualité en question.

Un individu indivisé sans conflit

On voit donc se profiler en filigrane l'idée d'une personnalité sans conflit. C'est cette thèse que Alain Ehrenberg, dans son livre *La fatigue d'être soi* (4), passionnant à bien des égards, reprend à son compte, un peu vite me semble-t-il. Si la dépression se substitue à la névrose, nous dit-il, je cite, «c'est qu'elle nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne, car elle est la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative.

Hier les règles sociales commandaient des conformismes de pensée, voire des automatismes de conduite; aujourd'hui, elles exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. L'individu est confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi : le déprimé est un homme en panne. Le déplacement de la culpabilité à la responsabilité ne va pas sans brouiller les rapports entre le permis et le défendu». Alain Ehrenberg voit là la revanche de Janet sur Freud, de l'insuffisance sur le conflit.

Deux remarques. Que ce soit là l'idéologie dominante, certes, elle n'est pas homogène dans la société. En second lieu, ce que la psychanalyse repère comme conflit ne peut se réduire à la discipline et la culpabilité.

Le déplacement de la névrose à la dépression, du conflit à l'insuffisance, n'a pas attendu le DSM et le triomphe d'un scientisme sommaire.

Qu'on se souvienne que l'adaptation était déjà le maître mot de la psychanalyse américaine. Que ces défenseurs de l'adaptation aient été dépassés par plus adaptatifs qu'eux explique peut-être la faible résistance dont firent preuve les analystes au sein de l'association psychiatrique américaine.

Cela conforte, si besoin était, l'idée d'une complaisance à l'idéologie dominante beaucoup plus vaste que ne voudrait le faire croire l'idée d'un triomphe scientiste. Avant le Prozac, la psychanalyse américaine était déjà comportementaliste. Que ce soit l'hystérie qui sème la division parmi les maîtres n'a pas de quoi nous surprendre. Que son faire soit un dire, nous le savons depuis longtemps. À l'inverse, il semblerait que dans la société américaine (et bientôt la nôtre), le dire soit un comportement.

L'homosexualité est-elle un symptôme ?

Si l'homosexualité a été retirée du DSM IV sous la pression des mouvements gays (pour y revenir sous la forme de «trouble de l'orientation sexuelle»), l'armée américaine, elle, a affirmé que sa cohésion sociale exigeait la prohibition de l'homosexualité.

Je vous livre un fragment que j'emprunte à Judith Butler (5) du règlement de l'armée américaine: «L'orientation sexuelle (notez que c'est le terme retenu par le DSM) n'est pas un obstacle à l'appartenance à l'armée, à moins qu'elle

ne soit manifestée par une conduite homosexuelle. L'armée congédiera ceux de ses membres qui se livreraient à des conduites homosexuelles, sachant que l'on entend par «conduite homosexuelle»: accomplir un acte homosexuel, *déclarer que l'on est homosexuel*, contracter un mariage ou tenter de se marier à quelqu'un du même genre.»

Voulant éclaircir les choses, le ministère de la Défense en rajoute du côté de la confusion quand il soutient que la «conduite» est le seul fondement de son règlement puisqu'il repose, je cite, «sur la probabilité qu'une personne donnée agisse». «Une déclaration, explique-t-il, crée par une présomption réfutable qu'une personne se livre à des actes, mais le membre de l'armée a ensuite tout loisir de la réfuter.» Ici la déclaration que l'on est homosexuel offre l'occasion de réfuter la présomption en question, mais plus loin, dans cette même présentation, le porte-parole du ministère de la Défense semble suggérer le contraire.

Je cite encore: «Des activités associatives, comme le fait de participer à une parade gay ou de lire un magazine, ne constituent pas en elles-mêmes une information crédible, et n'accèdent à ce niveau *que si elles sont telles qu'une personne raisonnable croit que cette conduite avait pour but de déclarer quelque chose, de dire aux autres que l'on est homosexuel.*»

Dans cette logique, tout à fait extraordinaire, la parole n'est pas le lieu d'une énonciation qui pourrait permettre à une personne de dire «je», mais un comportement qu'il appartient à l'autre d'évaluer.

Ce n'est évidemment pas pour aborder sur le fond la question de l'homosexualité que je fais ces remarques, mais bien pour souligner le peu de «scientificité» des définitions du comportement, insister là aussi sur le retour du refoulé et à quelles extraordinaires contorsions on est contraint quand on dénie le sujet de l'énonciation pour en fin de compte ne pas parvenir à le faire taire!

Dénommer, normer. Le langage des DSM

Si la référence explicite des DSM est un comportementalisme qui ne s'avoue pas (puisque les DSM se prétendent a-théoriques) voulant se construire sur des «faits» sans se donner la peine de faire ce travail d'épistémologie minimale qui permet de constater qu'un «comportement» n'est pas un «fait», un « donné » mais résulte dans son repérage d'un découpage signifiant implicite, inaperçu et dénié par les auteurs.

Si l'évidence de la référence comportementaliste saute aux yeux en dépit du déni des auteurs, là ne réside pas le succès de la prise du découpage nosographique dans l'idéologie de «l'américan way of life», mais tient plutôt à son aspect «performatif» pour reprendre les termes de la philosophie analytique anglo-saxonne depuis Austin.

Dénommer fait exister la chose. À ceci près qu'ici, entre dénomination classificatoire qui se justifie de toute entreprise de pensée et énoncé performatif qui opère implicitement en d'autres lieux que ceux de la dénomination, s'opère un glissement qui est le ressort de l'intrusion de l'idéologie dans la classification.

Le repérage de ces énoncés performatifs entre les lignes de la classification impose un examen attentif du langage des auteurs. Nous nous en tiendrons

à la description des «troubles dissociatifs de l'identité».

«La caractéristique essentielle du trouble dissociatif de l'identité est la présence de deux ou plusieurs identités ou "états de personnalité" distincts qui prennent tour à tour le contrôle du comportement.»

La référence explicite au «comportement» n'est pas le message principal de l'affaire, mais sans doute le signifiant «contrôle» qui promeut l'idée, qui voudrait décrire ce qui est bien, en fait déjà une théorie pathogénique: une dominance quantifiable. Du réputé seulement descriptif, on passe subrepticement à une pathogénie implicite qu'il n'est pas besoin de justifier puisque non avouée, mais semblant tenir la promesse de plus de lumière. Continuons:

«Il y a (ce "Il y a" est déjà tout un programme qui témoigne amplement à lui tout seul du parti pris qui n'a ici aucune valeur descriptive, mais bien performative) une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, dont l'ampleur est trop grande pour qu'elle s'explique par une simple "mauvaise mémoire" (critère C). La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (critère D). Chez l'enfant, les symptômes ne peuvent pas être attribués à des jeux d'imagination ou à l'évocation de camarades imaginaires.»

Où l'on voit que le choix des signifiants, ici aussi, martèle un discours dans le discours qui implique une théorie latente du processus décrit. Là où la psychanalyse parle de refoulement, l'a-théorie du DSM parle «d'incapacité», évoquant le spectre de l'aphasie. Parle «d'ampleur», s'enfonçant dans une vision quantitative et donc quantifiable des choses, parle de « simple » « mauvaise mémoire », l'adjectif « simple » étant ici l'essentiel du message, comme si la «mauvaise» mémoire était une «donnée», donnée dont le signifiant «simple» nous suggère qu'elle est «élémentaire», basique. Ce que n'est pas l'affection est aussi l'occasion d'énonciation qui sous-tend une théorie dans l'a-théorie. Il s'agit davantage d'affirmer ce qu'elle pourrait être, que de dire ce qu'elle n'est pas.

«La perturbation n'est pas due aux effets directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.»

Nous ne sommes pas ici au paragraphe « diagnostic différentiel ». Ce dont il s'agit ici, c'est de marteler en creux des signifiants qui auront valeur performative. « Ce n'est pas », mais «c'est dans cette direction-là qu'il faut chercher.»

«Chez l'enfant, les symptômes ne peuvent pas être attribués à des jeux d'imagination ou à l'évocation de camarades imaginaires.»

Là non plus, nous ne sommes pas au chapitre «diagnostic différentiel». Et comme rien ne nous est dit de ce pourquoi les symptômes «ne peuvent pas», ce dont il s'agit est encore de marteler qu'il s'agit pourtant bien d'un symptôme, que là (dans la multiplicité des «personnes») est le symptôme, qui aurait en soi valeur élémentaire.

«Le trouble *dissociatif* de l'identité reflète un échec de l'intégration de différents aspects de l'identité, de la mémoire, de la conscience.»

Henri Ey aurait peut être trouvé là quelque motif de satisfaction. Mais ce n'est pas de lui qu'il s'agit. L'a-théorie dont il est ici question – rien ne nous étant dit d'une pathogénie spécifique hors la notion, non définie «d'intégration» – est bien d'énoncer que l'objet de l'étude est l'identité, pas l'identification, la mémoire, pas la remémoration, la conscience, pas l'inconscient.

«Chaque état de personnalité peut avoir sa propre histoire personnelle, son image de soi, son identité, notamment un nom particulier. Habituellement une sorte d'identité première porte le nom de baptême du sujet; elle est passive, dépendante, dépressive et éprouve un sentiment de culpabilité. Les identités qui alternent avec celles-ci ont fréquemment des caractéristiques et des noms différents, qui contrastent avec l'identité première (par exemple elles sont hostiles, autoritaires, autodestructrices). Certaines identités particulières ne surgissent que dans des circonstances qui leurs sont spécifiques ; elles peuvent différer par l'âge et le sexe qu'elles déclarent, par le vocabulaire, la culture générale ou par l'état affectif prédominant. Tout se passe comme si les différentes identités prenaient le contrôle l'une après l'autre, aux dépens l'une de l'autre. Elles peuvent prétendre ne pas avoir connaissance les unes des autres, ou alors se critiquer, voire apparaître en conflit ouvert ; quelquefois une ou plusieurs identités fortes "accordent du temps" aux autres. Des identités agressives ou hostiles peuvent à certains moments interrompre les activités d'autres identités ou les mettre dans des situations inconfortables.»

On pourrait reprendre ce texte pas à pas pour y souligner, dans chaque phrase, «l'a-théorie» idéologique. Nous nous contenterons d'observer la conviction et le flou qui concernent «l'identité» présentée là encore comme «donnée» n'appelant aucune définition ni description particulière et dont le caractère opératoire, dans le contexte du livre, ne tient qu'à l'énonciation performative sous-jacente, cachée.

«Il y a de l'identité qui peut se supporter d'un nom.»

Dérision du « nom du père » condamné ici à l'identité avec lui-même, à la permanence, tandis que sa vérité reviendra comme nous l'avons déjà souligné non pas sous la forme de la division mais sous celle de la multiplication qui implique que les « personnalités » sont des «individus» indivisibles.

L'énonciation performative sera donc «il y a de l'identité, de l'identique à soi-même», condition de l'éviction de l'inconscient, condition d'une prétendue permanence de la forme du symptôme, permettant sa quantification. Que serait en effet (les scientifiques, les vrais, le savent) une quantification si les phénomènes décrits ne sont pas stables, constants? Bannir donc l'incertitude quant à l'identité, l'identité d'un symptôme à lui-même. Le tour de passe-passe opéré dans le passage de la division à la multiplication permet de maintenir la fiction de l'invariance des symptômes, de l'identité à eux-mêmes (l'identité étant ici traitée comme un symptôme, ce dont les auteurs ne semblent pas mesurer la portée) et donc permet d'en

faire un «comportement» «objectif», et, d'une pierre deux coups, de la rendre quantifiable.

Là encore l'énonciation est performative, elle a pour but non pas de constater des «faits», des «données», mais de les faire exister.

«Les sujets présentant ces troubles ont fréquemment des trous de mémoire à propos de leur histoire personnelle, tant ancienne que récente. L'amnésie est souvent "asymétrique". Les identités les plus passives ont tendance à avoir des souvenirs plus restreints, alors que les identités plus hostiles, plus autoritaires, ou "protectrices" ont des souvenirs plus complets. Une identité qui n'a pas le contrôle peut néanmoins accéder à la conscience en produisant des hallucinations auditives ou visuelles (sous la forme d'une voix donnant des instructions).»

On est frappé par la circularité de l'argumentation. Les personnalités autoritaires ont des souvenirs complets et c'est d'avoir des souvenirs qui les définit comme «autoritaires»; aucune autre description ne nous en est proposée. Sophisme permettant de donner l'illusion d'avoir caractérisé ces personnalités et donc de leur donner existence, tandis que les signifiants «passives», «hostiles», «autoritaires», «protectrices» induisent la pensée de rapports de force et quantitatifs. L'a-théorie proposant néanmoins sans le dire une pathogénie de l'hallucination sous la forme d'une «identité qui n'a pas le contrôle».

«La présence d'une amnésie peut être mise en évidence soit par le témoignage de personnes qui ont assisté à des comportements que le sujet désavoue, soit par les découvertes du sujet lui-même (qui par exemple trouve chez lui des vêtements qu'il ne se souvient pas avoir achetés). La perte de mémoire peut concerner non seulement plusieurs périodes de temps distinctes, mais on peut rencontrer aussi une perte complète de la mémoire autobiographique pour une longue période de l'enfance. Le passage d'une identité à une autre est souvent déclenché par un stress psycho-social. Le temps nécessaire pour passer d'une identité à l'autre est habituellement de quelques secondes ; plus rarement, la transition est progressive. Le nombre d'identités varie de 2 à plus de 100. La moitié des cas rapportés dans la littérature comporte 10 identités ou moins.»

Pas de risque à évoquer une «perte complète de la mémoire autobiographique pour une longue période de l'enfance». On retrouvera à coup sûr une «amnésie infantile» chez ces sujets, comme chez chacun d'entre nous. Sauf qu'il n'y a là rien de spécifique, de différentiel.

Introduire ici cette description n'a d'autre but que de re-nommer «l'amnésie infantile» si étroitement associée à Freud et à la névrose.

«Le passage d'une identité à une autre est souvent déclenché par un stress psycho-social». Toujours l'a-théorie insidieuse permettant au concept biologique de «stress» d'inclure le «psycho-social». Quant aux «secondes nécessaires au passage d'une identité à une autre», leur ridicule ne se soutient que de marteler encore l'idée d'une quantification.

Loin, on le voit, de nous proposer une description nouvelle de l'hystérie, les DSM ne font que renommer les descriptions classiques en les fragmentant et en adoptant un langage permettant une appropriation qui ouvre la porte à d'autres appropriations.

Nous réservons pour un travail futur (en cours) la question de

l'homosexualité dans les DSM, question dont le caractère idéologique est d'autant promu au premier plan que justement en dehors de toute description « pathogénique » (l'a-théorie oblige), on veut en faire une description comportementale qui n'a alors plus d'autre critère, pour en faire un « symptôme », que la notion inavouée de norme.

Après ce survol de la méthodologie et du langage des DSM, nous pouvons conclure: ce que nous avons à craindre des DSM n'est pas leur caractère « scientifique » mais au contraire leur très peu de « scientificité ».

1. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
2. Stuart Kirk et Herb Kutchins, *Aimez-vous le DSM?*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.
3. Bruno Latour, *La science en action*, Paris, PUF, 1989.
4. Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, éditions Odile Jacob, 1998.
5. Judith Butler, *Le pouvoir des mots*, Paris, éditions Amsterdam, 2004.