

Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une crise nosologique

Steeves Demazeux

DANS **TOPIQUE** 2013/2 (n° 123), PAGES 49 À 64

ARTICLE

INTRODUCTION

Dans sa leçon d'arithmétique, Raymond Queneau rappelle qu'« un loup et un agneau, ça fait deux mammifères. On ne tient pas compte de leurs goûts » (Kast 1952). On pourrait en dire autant des Troubles mentaux et des Troubles de la personnalité. Issus de traditions cliniques très différentes, ils constituent deux pôles de la nosologie psychiatrique qui cohabitent difficilement. Leur place dans le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, depuis la troisième édition (1980), est révélatrice des embarras de la clinique contemporaine à leur égard : placés sur un axe séparé de la classification, l'Axe II du DSM, les Troubles de la personnalité (TP) entretiennent un rapport très ambigu de complémentarité/rivalité avec les syndromes de l'Axe I. Aujourd'hui, comme en témoigne la confusion qui a régné dans le travail de préparation du DSM-5, paru en mai 2013, les solutions envisagées pour renouveler la pratique diagnostique des TP obscurcissent davantage qu'elles ne clarifient leur statut épistémologique. Dans ce qui suit, nous proposons une réflexion théorique sur les rapports entre Troubles mentaux de l'Axe I et les TP disposés sur l'Axe II du DSM. Nous montrons que les divisions académiques qui agitent le champ des TP dans la nosologie contemporaine

recouvrent des oppositions qui ne sont pas seulement d'ordre méthodologique, mais aussi d'ordre ontologique. Nous appelons « théorie de la double réduction » la théorie qui repose sur le projet de réduire (1) l'ensemble des TP à des configurations de traits de personnalité et (2) l'ensemble des Troubles mentaux à des configurations altérées de la personnalité. Cette théorie de la double réduction n'est défendue dans la littérature, de manière explicite, que par une poignée de psychologues. Elle n'en constitue pas moins selon nous l'horizon ultime des approches dimensionnelles de la pathologie mentale, dont la valorisation contemporaine s'effectue par opposition à l'approche catégorielle classique des troubles mentaux, jugée principale responsable des défauts des classifications actuelles.

I. LA TRADITION CLINIQUE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le terme de personnalité est ancien, mais son usage scientifique ne s'impose clairement qu'à la fin du XIX^e siècle. Théodule Ribot, dans *Les maladies de la personnalité* en 1885, est l'un des premiers à consacrer le terme en psychopathologie (Pichot 1965a). L'enjeu pour lui est d'opposer à la vieille psychologie métaphysique de l'unité et de l'immutabilité de l'âme une approche empirique des caractéristiques psychologiques de l'individu : la personnalité de l'individu, comme toute forme naturelle existante, naît, se développe ou rencontre des résistances. Elle pourrait même être atteinte par la maladie. De l'autre côté du Rhin, à la même époque, Koch puis Kraepelin généralisent dans la clinique psychiatrique la notion de constitution ou de « personnalité psychopathique » (d'abord désignée comme « infériorité » ou « état » psychopathique).

Pour autant, si le terme de personnalité tend à s'imposer dans le langage scientifique de la psychopathologie, les rapports qu'il entretient avec des termes proches comme le « tempérament », l'« humeur », le « caractère » ou la « constitution » restent imprécis. Le terme « personnalité » est compris de multiples façons, tantôt d'une manière assez statique (se rapprochant du caractère ou de la constitution), tantôt d'une manière plus dynamique (il devient alors synonyme du tempérament ou de l'humeur). Karl Jaspers, dans sa *Psychopathologie générale*, se plaindra de ce manque de clarté conceptuelle : « Dans tous les problèmes et toutes les recherches psychopathologiques, la première nécessité est d'utiliser toujours, en y attachant le même sens, des notions relativement bien définies. Mais aucune notion n'est utilisée dans des sens plus divers et variables que celle de personnalité » (Jaspers 1933). Trois approches dominantes ou trois grands types de « modèles » de la personnalité sont défendus

au cours du XX^e siècle (Pichot 1965a) : une approche étiologique, consistant à revenir aux causes qui expliquent le développement singulier d'une personnalité ; une approche pathogénique, qui se focalise sur les mécanismes perturbateurs de la structure de la personnalité ; enfin, une approche descriptive, qui s'intéresse davantage aux rapports qui existent entre les traits de la personnalité normale et ceux de la personnalité pathologique. Pour schématiser, on peut dire que *Caractère et érotisme anal* de Freud (1908) illustre brillamment les enjeux de l'approche étiologique ; *La structure du corps et du caractère* de Kretschmer (1930) est une contribution majeure de l'approche pathogénique ; *Les variétés du tempérament : une psychologie des différences constitutionnelles*, du psychologue américain William Sheldon (1951) offre un bon exemple des méthodes et des buts fixés par l'approche descriptive.

L'histoire spécifique des TP reflète les ambiguïtés attachées au concept de [1] Pour une analyse historique plus approfondie de l'histoire des... personnalité^[1].

Tantôt considérés comme une forme de déficit psychologique général, tantôt comme une forme de pathologie spécifiquement rattachée au développement de certains troubles mentaux, les TP ont été pensés de différente manière suivant les écoles au cours du XX^e siècle (Rutter 1987). Les classifications d'usage, et en particulier le DSM auquel on s'intéresse ici, ont emprunté à la plupart des modèles et des approches. Elles tentent de fournir des descriptions cliniques suffisamment souples pour favoriser le consensus par-delà les clivages d'école. L'influence de la psychanalyse est restée très sensible dans toutes les éditions du DSM. Cependant, depuis quelques décennies, les travaux des psychologues ont gagné en importance, au point que la plupart des discussions nosologiques, aujourd'hui, portent sur des modèles majoritairement empruntés à la psychologie différentielle.

II. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET L'HISTOIRE DU DSM

A. LES DSM-I ET II

La publication aux États-Unis du premier DSM, en 1952, obéit à la volonté de l'institution psychiatrique américaine de mettre un peu d'ordre dans les classifications en vigueur à la sortie de la seconde guerre mondiale. Au peu scintillant *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases*, adapté de la Nomenclature standardisée des maladies de 1933 (*Standard Nomenclature of Disease*) et révisé en 1942, la classification militaire des troubles mentaux dite

classification «*Medical 203*» est venue pendant la guerre faire de l'ombre. Par ailleurs, en 1948, l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) publie la sixième version de la *Classification internationale des maladies* (CIM-6) où, pour la première fois, une section spécifique consacrée aux troubles mentaux est aménagée dans la classification générale. C'est dans un tel contexte que la première véritable classification standardisée à s'imposer sur le territoire américain est élaborée.

Au sein de cette classification d'un nouveau genre, les TP occupent une place déjà importante. Ils sont décrits comme des figements, des racornissements pathologiques de la personnalité. Le peu d'anxiété et de souffrance que rapportent les patients est perçu comme l'indice d'un mauvais pronostic et d'une résistance thérapeutique. En effet, l'un des maîtres-mots du DSM-I – qui doit beaucoup à l'influence d'Adolphe Meyer, et auquel a participé Franz Alexander –, c'est celui de « réaction », entendu au sens de réflexe ou de tentative d'adaptation et de compensation du psychisme à une situation pathogène. En ce sens, le symptôme psychiatrique, tant qu'il est passager, n'est pas considéré comme pathologique : il participe au contraire d'un effort de rétablissement sain et dynamique du psychisme lésé. Tandis que l'absence de symptomatologie mentale, qui définit *a contrario* le TP, indique un trouble profondément enraciné dans la structure du psychisme de l'individu, sans doute suite à une carence de développement lors de la petite enfance. Il est donc synonyme de difficulté (pour ne pas dire d'impossibilité) thérapeutique.

Le DSM-II publié en 1968 présente assez peu d'innovations sur le plan théorique : la plupart des étiquettes des TP ainsi que leurs descriptions cliniques sont conservées. Il présente en revanche quelques réajustements importants dans la structure de la classification. Désormais, les problèmes relatifs aux dépendances et à la sexualité sont rejetés à l'extérieur du domaine de la personnalité (même s'ils appartiennent toujours à la même section de la classification, la section V). Par ailleurs, la distinction peu claire que faisait le DSM-I entre « Trouble de la configuration » [*pattern disturbance*] et « Trouble des traits » [*trait disturbance*] de la personnalité est abandonnée. On aboutit à une classification des TP plus homogène et plus détaillée, divisée en dix sous-types sommairement décrits : paranoïde, cyclothymique, schizoïde, explosive (ou epileptoïde), obsessive-compulsive, hystérique (ou histrionique), asthénique, antisociale, passive-agressive, inadaptée [*inadequate*]. À quelques modifications près, les DSM jusqu'au DSM-5 conserveront cet ensemble de dix sous-types de TP^[2].

[2]Le DSM-III procédera néanmoins en 1980 à quelques modifications...

B. L'INVENTION DE L'AXE II DANS LE DSM-III

L'une des grandes nouveautés apportées par le DSM-III en 1980 a été d'introduire un système multiaxial. Pièce majeure de la charpente, ce système avec ses cinq [3] Pour rappel, l'Axe I décrit l'ensemble des syndromes...axes^[3] caractéristiques avait l'ambition de révolutionner la pratique diagnostique en imposant au clinicien de prendre en compte l'ensemble des facteurs médicaux mais aussi psycho-sociaux de l'examen. Hélas, le déséquilibre considérable introduit entre les différents axes a ruiné les prétentions du système multiaxial. L'Axe I (celui des syndromes) est l'axe qui domine assurément le diagnostic psychiatrique, encore aujourd'hui^[4]. [4] Il est dominant ne serait-ce que sur le plan quantitatif : si...C'est lui qui justifie la plupart des remboursements en soin et c'est lui qui mobilise la plupart des recherches en psychiatrie.

Qu'a apporté de neuf l'Axe II au diagnostic ? D'un point de vue structurel, le précédent manuel, le DSM-II, supposait en accord avec la tradition clinique que le diagnostic de TP, inscrit dans la série des troubles psychiatriques, constitue une possibilité diagnostique parmi d'autres, à côté des névroses et des psychoses. Il laissait la possibilité au clinicien de poser plusieurs diagnostics pour un même patient, même s'il imposait une « règle de parcimonie » qui donnait la priorité au diagnostic le plus grave, ou en tout cas à celui qui réclame le traitement le plus urgent. Dès lors, le diagnostic de TP était condamné, par son statut même, à être un diagnostic secondaire ou résiduel. Le système multiaxial adopté par le DSM-III, qui consiste à *superposer* différents axes de cotation diagnostique, va considérablement compliquer le rôle que jouent les TP dans l'économie générale de la classification. En passant d'un système où ils constituaient une région singulière de la classification à un autre où ils sont représentés sur un axe parallèle, la question du lien hiérarchique entre les différents types de diagnostics est devenue beaucoup plus complexe et ambiguë. Rien n'interdit plus qu'un patient présente un trouble mental sévère combiné à un TP. Cette possibilité est renforcée par le fait que les auteurs du DSM-III rejettent explicitement la « règle de parcimonie » du DSM-II, en encourageant l'établissement de diagnostics multiples, aussi bien entre troubles de l'Axe I et troubles de l'Axe II, qu'à l'intérieur d'un même axe.

Le DSM-III propose onze diagnostics (plus une catégorie résiduelle^[5]) de [5] L'ensemble de ces onze TP est réparti, dans le DSM-III, en...« Trouble de la personnalité », définis de la même manière que celle qui règle l'ensemble des descriptions cliniques de la classification, à savoir par le jeu de critères monothétiques et polythétiques. Cette décision sera elle aussi très lourde de conséquences sur les rapports de concurrence et de distinction entre l'Axe I et l'Axe II : en adoptant le même schéma catégoriel de présentation que pour les troubles mentaux généraux, les auteurs ont présupposé que les *types* de TP sont

assimilables à des *syndromes* cliniques, c'est-à-dire des associations symptomatologiques remarquables ou prototypiques. Pourtant, les différents éléments qui composent un tableau de TP ne sont pas, au sens strict, des symptômes psychiatriques : ce sont le plus souvent des « traits » de personnalité ordinaires mais rigidifiés (comme l'égoïsme, la perte de l'estime de soi, l'introversiion, etc.). Or l'idée de fixer des seuils diagnostiques rigoureux à partir de ces traits ordinaires est plus délicate encore à justifier sur le plan clinique que pour les troubles mentaux.

C. DU DSM-III-R AU DSM-IV-TR

Les modifications introduites dans l'édition révisée du DSM-III, en 1987, furent relativement discrètes, mais elles eurent un impact souterrain considérable. Par souci d'homogénéiser les différents diagnostics de l'Axe II, les auteurs ont procédé à de nombreux réajustements dans les critères qui ont insidieusement (et sans doute involontairement) conduit à rendre les diagnostics beaucoup plus larges et moins contraignants. Le résultat a été un élargissement mécanique de la prévalence des TP (Demazeux 2011). À une époque où les données épidémiologiques concernant ce type de troubles sont encore très lacunaires, une telle augmentation a pu passer presque inaperçue. Il n'empêche que dès 1988, certains auteurs, dont Leslie Morey, ont dénoncé l'extension alarmante de la couverture des TP dans le DSM-III-R (Morey 1988).

Mais le DSM-III-R marque aussi un tournant qui se manifeste, sur le plan éditorial, par une inflation du nombre des consultants dans le domaine des TP. D'une dizaine de membres auparavant, le sous-comité chargé de la révision des critères des TP est passé à une quarantaine de membres, dont plusieurs sont déjà des spécialistes renommés, comme John Oldham, Michael First, Allen Frances, John Gunderson, Andrew Skodol, John Livesley, Thomas Widiger, etc. Fait remarquable, tous ces experts reconnaissent volontiers que l'approche catégorielle de l'Axe II n'est pas satisfaisante, même si chacun a une solution différente à apporter. Dès le DSM-III-R, des désaccords profonds apparaissent ; plusieurs « clans » d'experts se profilent en fonction des affinités théoriques (Widiger et al. 1988).

Les DSM-IV et IV-TR, respectivement parus en 1994 et 2000, ne feront que précipiter une crise qui semblait inévitable. Les changements introduits dans le texte des critères sont devenus plus rares, mais il ne faudrait pas en conclure que les cliniciens ont abouti à une forme de consensus. Loin de là : le seul consensus qui émerge est qu'à défaut d'un « changement radical » de perspective, l'Axe II de la classification est voué à demeurer un échec scientifique. Pourtant, tel un engin

qu'on n'ose plus modifier, de peur qu'il explose entre les mains, les experts du DSM-IV useront de la plus grande précaution dans le processus de révision. Ils adopteront, bon gré mal gré, une démarche dite « conservatrice » (Widiger et al. 1996). La seule véritable nouveauté dans le DSM-IV – qui confirme que le concept de TP occupe une place très ambiguë au sein de la classification psychiatrique –, sera l'inclusion, originale et déroutante, d'un ensemble de critères généraux que doivent remplir tous les diagnostics de TP. La fonction d'une telle définition générale, au surplomb de l'Axe II, est d'apporter une réponse pratique à la prolifération des « TP non spécifiés », qui au fil des ans est devenue l'une des catégories les plus utilisées de l'Axe II (Widiger and Trull 2007).

III. LA CRISE NOSOLOGIQUE ACTUELLE ET LA PRÉPARATION DU DSM-5

A. LA MAUVAISE FORTUNE DE L'AXE II

L'invention d'un axe réservé aux TP dans le DSM-III a indéniablement propulsé un domaine auparavant minoritaire de la psychopathologie sur le devant de la scène. Mais elle a aussi révélé la position ambivalente que les TP ont toujours occupée dans l'économie du discours psychiatrique. Cette ambivalence a été renforcée par l'a-théorisme de principe du DSM-III, qui refusait de s'engager sur le plan étiologique. La possibilité de multiplier les diagnostics permettait, certes, de mettre entre parenthèses l'indétermination du rapport théorique qui existe entre Trouble mental et TP. Mais la nécessité clinique de fixer un diagnostic principal réintroduisait, dans la structure même de la classification, un lien de subordination théorique. En décalant les TP sur un axe à part, le DSM-III parvenait à mettre les hypothèses étiologiques en suspens, mais pas les hypothèses sur le rôle fondamental que la personnalité joue en psychopathologie. En ce sens, on peut même dire que le décrochage nosologique des TP et leur déport sur un axe parallèle de la classification a insidieusement favorisé un recodage théorique de la question étiologique des TP au moment même où celle-ci, de manière générale, était mise en suspens. Au moins quatre schémas différents sont susceptibles de rendre compte, sur un plan formel, des *rappports causaux* qui peuvent exister entre personnalité et maladie : a) les caractéristiques de la personnalité seraient la cause directe de la maladie ; b) certaines causes biologiques communes expliqueraient à la fois la maladie et la personnalité du patient (autrement dit, on observerait une corrélation forte entre certains types de personnalité et certaines maladies, mais sans qu'il y ait un rapport causal entre les deux) ; c) la personnalité prédisposerait à certains types de comportements qui

seraient les causes véritables de la maladie ; d) il ne faut enfin pas évacuer la possibilité que la maladie puisse être la cause de changements intervenant dans la personnalité du patient (Matthews, Deary, and Whiteman 1998).

Ce problème épistémologique est aggravé par un autre problème, plus prégnant, qui touche l'axe II du DSM^[6] : la comorbidité. De fait, toutes les études [6]Il faudrait par ailleurs souligner, en plus des difficultés...épidémiologiques réalisées à partir de la fin des années 1980 montrent une forte co-occurrence des TP avec les troubles mentaux de l'axe I. Plus gênant même, une forte co-occurrence est retrouvée à l'intérieur même de l'axe II : certaines études en milieu hospitalier ont montré que la plupart des patients présentaient entre deux et quatre TP à la fois, voire plus (Gunderson 1996). Une telle comorbidité est retrouvée, dans des proportions moindres, dans les études réalisées sur des échantillons de la population générale (Lenzenweger et al. 2007). Le phénomène de la co-occurrence dans le DSM est devenu si massif que la question s'est rapidement posée de savoir si cette co-occurrence était réelle (au sens où elle indiquerait une véritable « comorbidité ») ou si elle était un artefact témoignant d'un découpage nosologique mal conçu (Oldham et al. 1995).

15

B. L'OPPOSITION ENTRE APPROCHE CATÉGORIELLE ET DIMENSIONNELLE

L'opposition entre approche catégorielle (qui repose sur le présupposé général que les catégories de la clinique psychiatrique sont des entités relativement distinctes) et approche dimensionnelle (qui repose au contraire sur la conviction qu'il n'y a jamais qu'une différence de degré entre le normal et le pathologique) devient pressante en psychiatrie à partir des années 1970 (Demazeux 2008). Le psychologue américain Roger Blashfield, dans un livre décisif de 1982, avait déjà parfaitement détaillé les enjeux méthodologiques comme théoriques de l'opposition entre ce qu'il appelait alors les « approches néo-kraepelinienne » (et en particulier celle du DSM) qu'il opposait aux « approches quantitatives » des psychologues (Blashfield 1984). En psychiatrie, l'opinion traditionnelle est que les troubles mentaux constituent des entités discrètes, même si bien sûr tout clinicien reconnaît rencontrer, dans sa pratique, des cas peu typiques ou à la limite de la normalité. Mais de nombreuses enquêtes épidémiologiques réalisées après-guerre, ainsi que le développement des méthodes statistiques, ont contribué à saper l'autorité de cette conviction séculaire. Pour ne prendre qu'un exemple, la fameuse *Midtown Manhattan Study*, dont les premiers résultats sont publiés en 1962, a révélé que 81% des habitants de l'île de Manhattan entre 20 et 59 ans présentaient des symptômes mentaux plus ou moins incapacitants (Srole et al. 1978). Ou plus récemment, certaines études ont mis en

16

évidence la relative banalité des symptômes psychotiques dans la population générale. Les PLES ou « *Psychotic Like Experiences* » seraient beaucoup plus communes que ce que les psychiatres ont longtemps cru, ce qui a amené certains auteurs à renouveler la théorie suivant laquelle il n'existerait qu'un gradient ou un spectre schizophrénique (Yung et al. 2009).

Ainsi, il est devenu très courant dans la littérature psychiatrique des trente dernières années de voir l'approche dimensionnelle présentée comme la solution à toutes les difficultés nosologiques. La « panacée dimensionnelle » aurait raison de la clinique traditionnelle. Bien que certains auteurs considèrent qu'entre catégories et dimensions, le choix est simplement d'ordre méthodologique (on peut techniquement convertir des catégories en dimensions, et *vice versa*) ou d'utilité clinique (le clinicien a besoin de faire des choix binaires, mais aussi d'apprécier des nuances), une lecture attentive de la crise nosologique contemporaine révèle combien l'enjeu est en réalité profondément théorique. Car l'affrontement concerne, dans le champ des TP électivement, deux conceptions fondamentalement différentes de la réalité clinique.

Si l'opposition entre catégories et dimensions est très vive dans la nosologie psychiatrique américaine, cela tient historiquement au fait qu'il existe une vieille rivalité disciplinaire entre psychiatres et psychologues. Contrairement à ce qui se passe en France, le statut universitaire des psychologues est toujours resté prestigieux et leur influence est grande dans le domaine de la recherche. Ils n'ont pas le même pouvoir institutionnel ni la même reconnaissance sociale que les psychiatres, mais ils n'ont pas à en rabattre en matière d'autorité scientifique. Et particulièrement, pour ce qui regarde la personnalité, il existe une très grande tradition aux États-Unis des études descriptives des traits élémentaires de la personnalité, depuis les recherches de Gordon Allport, de son étudiant Henry Odbert, de Raymond Cattell, sans oublier les grandes enquêtes empiriques comme celle fameuse menée par les psychologues militaires Tupes et Christal sur de jeunes recrues de l'US Air Force (Tupes and Christal 1961). Différents modèles dimensionnels de la personnalité normale, plus ou moins gourmands en nombre de facteurs retenus, ont été proposés (le modèle à 16 facteurs de Cattell, le modèle à trois facteurs d'Eysenck, le modèle à cinq facteurs ou « *Big Five* » que Tupes et Christal auraient été les premiers à mettre en évidence, etc.). Mais l'influence de ces modèles sur la psychiatrie et leur application possible en psychopathologie ne s'est faite que progressivement, à la faveur des questionnaires de personnalité mis au point par les psychologues que les psychiatres ont commencé à utiliser (comme le NEO-PI), mais aussi des recoupements et des analyses statistiques effectuées par certains psychologues et psychiatres entre les données fournies par les questionnaires de personnalité et les diagnostics de TP posés par les cliniciens.

Or il est apparu qu'il existait une relative concordance entre les deux, suffisante pour favoriser des rapprochements disciplinaires. Ou au contraire raviver les vieilles rivalités disciplinaires, puisque si concordance il y a, elle n'est qu'imparfaite, et les psychologues ont tôt fait de remarquer qu'à régler leurs instruments sur le diagnostic des psychiatres, il serait plus judicieux que les psychiatres règlent eux leurs jugements sur les données fournies par les questionnaires de personnalité. Non seulement les profils de personnalité établis par les psychologues sont plus stables et plus fiables, mais ils sont aussi plus scientifiques, vu le grand nombre d'études empiriques à partir desquels les outils de mesure ont été validés (Krueger 2005).

C'est principalement à partir de ces travaux issus de la psychologie différentielle que l'approche dimensionnelle a été promue aux États-Unis. Dès le DSM-III-R, l'idée commença à être défendue qu'un système dimensionnel de la personnalité offrirait la solution scientifique au problème de la forte comorbidité des TP, chaque diagnostic de TP pouvant être ramené à un jeu de coordonnées dimensionnelles. Dans l'introduction du DSM-IV, on trouve relevées « les limites de l'approche catégorielle », tandis que la fidélité et la richesse informationnelle du modèle dimensionnel sont soulignées. Dans celle du DSM-IV-TR, un pas supplémentaire est franchi puisque les auteurs laissent entendre que le consensus est proche autour d'un modèle dimensionnel des TP. Au tournant des années 2000, quand le chantier du DSM-5 est planifié, certains pensent que l'heure d'expérimenter un modèle dimensionnel des TP sur l'Axe II est enfin venue...

19

C. DSM-5 : LA RÉVOLUTION DIMENSIONNELLE N'AURA PAS LIEU

Dix ans plus tard, en avril 2012, John Livesley et Roel Verheul, deux éminents avocats des modèles dimensionnels des TP (et en passant, deux des rares non-Américains à participer à l'élaboration du DSM-5) claquent la porte du groupe de travail du DSM-5. Voici rendue publique une dissension très forte qui sourdait depuis quelques temps déjà. La situation est dramatique pour le prochain manuel, dont la publication – déjà retardée à plusieurs reprises – est prévue en mai 2013. Que s'est-il passé depuis la nomination des membres du groupe de travail en 2008 ? Pourquoi Livesley en particulier, dont l'autorité scientifique est si grande, se retire-t-il du projet avec pertes et fracas ?

20

Les divisions semblent avoir été très vives, en fait, dès le début. Les onze experts [7]Le sous-groupe des TP dans le DSM-5 témoignait initialement...qui sont nommés^[7], sous la direction du psychiatre Andrew Skodol, se disputent entre ceux qui veulent sauter le pas et accomplir la révolution dimensionnelle que tout le monde

21

attend d'eux et ceux qui sont plutôt du côté de la réforme, qui estiment plus prudent de proposer un modèle mixte ou hybride (à charge pour la classification suivante d'achever la transition). C'est cette deuxième solution qui est retenue, au grand dam de plusieurs experts fraîchement nommés.

22

Or la mise en place de ce système hybride mi-catégoriel mi-dimensionnel s'avère être une catastrophe, comme en témoigne la première ébauche du DSM-5 (*First Draft*) rendue publique au début de l'année 2010. Le système présenté est incroyablement tortueux et son utilisation en clinique ordinaire risque pour le moins d'être périlleuse. Non seulement les diagnostics de TP sont réduits de 10 à 5 (sans qu'on puisse mesurer les conséquences d'une telle réduction), mais leur articulation est incompréhensible avec ce qui est appelé d'une part les « niveaux de fonctionnement personnel » et d'autre part la cotation des « traits de la personnalité » (divisés eux-mêmes en 6 domaines larges [*traits domains*] et 37 traits spécifiques [*traits facets*]...). Bref, c'est une véritable usine à gaz qui est proposée. Sur le site officiel du DSM-5, les critiques pleuvent.

23

Les deuxième (*Second Draft*) et troisième (*Third Draft*) versions de travail, respectivement proposées au public en mai 2011 puis mai 2012, tenteront sans succès de redresser le tir. Le système est considérablement simplifié, mais il n'en apparaît que plus dénaturé. On rompt avec les habitudes des cliniciens pour proposer un outil dont on ignore complètement la validité scientifique. À l'intérieur du groupe du DSM-5, rien ne va plus. Livesley sort de son devoir de réserve pour annoncer publiquement son mécontentement et affirmer qu'il n'est pas responsable d'une telle déroute. En novembre 2011, lors d'une conférence à [8]Conférence non publiée prononcée à Bergen...Bergen^[8], il détaille tout le mal qu'il pense du développement du DSM-5. Selon lui, le modèle hybride proposé par le DSM-5 est un leurre, une hérésie épistémologique. À ne pas vouloir prendre le risque de trancher entre approche catégorielle et approche dimensionnelle, les membres du DSM-5 se sont fourvoyés dans un amalgame qui ne rend justice à aucune des deux approches. Au lieu d'une classification plus cohérente, le DSM-5 se prépare à imposer au clinicien deux systèmes classificatoires logiquement incompatibles, dont l'un nécessairement est faux. Livesley met par ailleurs en avant les pressions de diverses sortes qui ont été exercées sur les membres du groupe de travail pour que rien ne change (il évoque notamment le «*lobby des borderline*», tous ceux qui ne veulent pas qu'on touche à un cheveu de cette étiquette aujourd'hui sanctifiée). Il raille le « déni tellement généralisé [de l'impasse dans laquelle se trouve la clinique des TP] que cela pourrait être considéré comme de la pathologie »^[9].

[9]Livesley moque un article de Krueger et al. (2011) où tous les...

Bien sûr, la défection de Livesley du groupe de travail du DSM-5 est vite devenue inévitable, et il s'en expliquera en avril 2012 dans une lettre cosignée avec Roel Verheul, un autre psychologue qui quitte le navire en même temps que lui^[10].
 [10] Les deux auteurs ont rendu publique une lettre d'explication : ...

CONCLUSION

LES ENJEUX THÉORIQUES DE CETTE CRISE

Le dernier coup de théâtre est intervenu le 1^{er} décembre 2012 : à quelques mois de la présentation officielle du DSM-5 prévue à San Francisco en mai 2013, la nouvelle classification est finalement ratifiée par l'Association américaine de psychiatrie, mais à la condition que le système hybride des TP ne soit pas inclus dans la section officielle de la classification. Celui-ci est relégué dans une section annexe de la classification, la section III, avec toutes les autres propositions non admises qui sont considérées comme « exigeant des études complémentaires ». La solution finalement retenue pour les TP est simple, radicale, mais hautement problématique : on supprime définitivement le système multiaxial, et on revient aux dix catégories de TP du DSM-IV. Voilà de quoi régler le problème de la comorbidité entre Troubles de l'Axe I et Troubles de l'Axe II – quoique d'une manière purement artificielle ! Mais le statut des TP au sein de la pathologie mentale est plus indéterminé que jamais. Ils perdent leur statut de *trouble à part* (ce qui peut aussi, paradoxalement, favoriser leur remboursement futur par les assurances privées, tandis que les Troubles de l'Axe II ne l'étaient pas) pour être réintégrés dans la masse indistincte de tous les autres troubles mentaux, alors même que les questions concernant leur validité, leur utilité clinique et leurs fondations théoriques sont loin d'avoir été tranchées. La bataille entre partisans de l'approche catégorielle et partisans de l'approche dimensionnelle est loin d'être finie...

25

Ce que cette crise majeure révèle au sommet de l'institution psychiatrique américaine, c'est que la divergence entre approche catégorielle et dimensionnelle renvoie en réalité à des mondes conceptuels différents. Les dimensions de la personnalité dérivées de la psychologie différentielle américaine (quitte à être ajustées pour la psychopathologie) n'ont que très peu à voir avec les catégories héritées de la tradition clinique. Entre les TP et les traits de la personnalité, il n'y a pas seulement un problème de correspondance pratique. Il y a un problème de priorité ontologique. Les tenants de l'approche dimensionnelle sont convaincus que les catégories des TP héritées de la tradition clinique ne sont que des simplifications approximatives de la réalité que mesurent les traits de

26

personnalité. Les catégories diagnostiques n'ont d'autre vertu que cognitive ou heuristique : elles sont simplement plus intuitives et plus faciles à manier pour le clinicien. Vestiges d'un âge préscientifique de la psychopathologie, il conviendrait de les remplacer par une « table diagnostique des éléments » de la personnalité susceptible, par la pluralité des combinaisons qu'elle offre, de « décrire la riche étendue de la psychopathologie humaine » (Widiger and Clark 2000).

Les plus audacieux estiment que l'approche dimensionnelle doit s'appliquer à l'ensemble de la pathologie mentale, et pas seulement aux TP. On peut appeler cette position la « théorie de la double réduction ». Elle consiste en un mot à revendiquer la nécessité scientifique d'une double réduction (1) des Troubles de la personnalité à des configurations de traits de personnalité et (2) des troubles mentaux aux Troubles de la personnalité, et donc, *in fine*, des troubles mentaux à des configurations de traits de personnalité.

Cette théorie de la double réduction, même si elle n'est défendue actuellement que par quelques auteurs influents, illustre selon nous le renouveau contemporain du *modèle psychologique* opposé au *modèle médical* en psychiatrie. Elle tend par ailleurs à creuser le fossé qui a toujours existé entre la clinique des TP et le reste de la clinique psychiatrique. Favorisé autant par l'essor de la psychologie différentielle tout au long du XX^e siècle que par la relative stagnation de la nosologie psychiatrique, le modèle psychologique interprète les symptômes psychiatriques comme des manifestations extrêmes du fonctionnement psychique normal. Il propose de jeter aux oubliettes la clinique traditionnelle qui mettait en évidence certaines associations symptomatologiques remarquables : la souffrance mentale est parfaitement appréhendée si l'on part de l'inventaire des caractéristiques communes du fonctionnement de la vie psychique, notamment les traits de personnalité, mais aussi la gestion des émotions, la réalisation des tâches cognitives, etc.

Bien sûr, en réduisant l'ensemble de la pathologie mentale à des traits excessifs de la personnalité, l'objet même de la classification tend à se déplacer. À l'évidence de la singularité du phénomène pathologique, qui a toujours constitué le point de départ et l'objet central de la classification des psychiatres, se substituerait une nouvelle évidence (ou plutôt qui signerait le retour en force d'une évidence recluse) : celle que les patients psychiatriques ne sont que des personnes un peu moins « normales » que les autres. Les conséquences éthiques et anthropologiques de cette possible mutation ontologique du discours psychiatrique, à travers la théorie de la double réduction, demanderaient à être étudiées attentivement. Un nouveau rapport normatif à la santé et au bien-être en serait l'une des premières, comme on peut d'ailleurs déjà en pressentir les contours dans l'émergence d'une forme de psychopathologie moins centrée sur le

déficit mais davantage sur la recherche concertée avec le clinicien d'un «*well-being*», pour reprendre un vœu énoncé par Robert Cloninger (2006), l'un des plus radicaux psychiatres dimensionnalistes.

NOTES

- [1] Pour une analyse historique plus approfondie de l'histoire des personnalités pathologiques, on se rapportera avec profit à deux articles de Pierre Pichot parus en 1965, « Les modèles de la personnalité en psychologie », et « Les personnalités pathologiques » (Pichot 1965a ; Pichot 1965b)
- [2] Le DSM-III procédera néanmoins en 1980 à quelques modifications importantes. Les diagnostics de personnalité « cyclothymique » et « explosive » sont abandonnés. Les personnalités « évitante » et « narcissique » remplacent respectivement les personnalités « inadéquate » et « asthénique ». Surtout, le DSM-III introduit le diagnostic de personnalité schizotypique, de personnalité dépendante, et de personnalité limite (*Borderline Personality Disorder*). Après le DSM-III, les étiquettes ne bougent pratiquement plus (l'exception notable étant l'abandon dans le DSM-IV du diagnostic de personnalité passive-agressive).
- [3] Pour rappel, l'Axe I décrit l'ensemble des syndromes cliniques ; l'Axe II est consacré aux TP (avec deux sous-sections, l'une consacrée à l'adulte, l'autre à l'enfant) ; l'Axe III vise à recenser les troubles ou les affections somatiques susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou le traitement du sujet ; l'Axe IV évalue la sévérité des facteurs de stress psycho-sociaux ; l'Axe V est une échelle destinée à évaluer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé de l'individu dans l'année écoulée.
- [4] Il est dominant ne serait-ce que sur le plan quantitatif : si près de 300 pages dans le DSM-III sont consacrées à la description des Troubles de l'Axe I, moins de 30 pages sont consacrées à l'Axe II. Quant aux Axes III, IV et V, toutes les questions relatives à leur usage et aux enjeux qu'ils soulèvent ne tiennent pas sur 10 pages au total, pour ces trois axes confondus.
- [5] L'ensemble de ces onze TP est réparti, dans le DSM-III, en trois groupes ou Clusters, suivant les liens de parenté qu'ils manifestent sur le plan symptomatologique. Mais ce schéma ne convaincra jamais.
- [6] Il faudrait par ailleurs souligner, en plus des difficultés épistémologiques, les difficultés morales et thérapeutiques particulières que soulève l'Axe II du DSM et qui le place en porte-à-faux par rapport au reste de la classification. Liés de manière historique à la question de l'expertise médico-légale des grands criminels aussi bien que des petits délinquants récidivistes, les TP sont pris aujourd'hui dans les mailles d'un débat éthique, judiciaire et politique qui dépasse amplement le domaine des considérations nosologiques. Le psychiatre anglais Robert Kendell, dans un article devenu célèbre de 2002 (Kendell 2002), a pointé avec beaucoup d'intelligence les enjeux politiques et sociétaux des diagnostics de TP.
- [7] Le sous-groupe des TP dans le DSM-5 témoignait initialement d'un remarquable sens de l'équilibre disciplinaire : il comprenait cinq psychiatres

(Andrew Skodol, Renato Alarcon, Carl Bell, Larry Siever, John Oldham), cinq psychologues (Donna S. Bender, Lee Anna Clark, Robert Krueger, Leslie Morey, Roel Verheul), et un onzième expert, John Livesley, lequel est aussi bien psychiatre que psychologue...

- [8] Conférence non publiée prononcée à Bergen le 15 novembre 2011 (Livesley 2011). Vidéo accessible au lien suivant : <http://vimeopro.com/bctp2011/recordings/video/32535028>
- [9] Livesley moque un article de Krueger *et al.* (2011) où tous les auteurs (y compris lui-même) reconnaissent que l'approche catégorielle du DSM-IV est un échec. Or, Livesley fait malignement remarquer que si on compte tous les auteurs de l'article plus ceux qui sont remerciés à la fin de l'article, on obtient la liste exhaustive de tous les membres du comité des TP du DSM-5 !
- [10] Les deux auteurs ont rendu publique une lettre d'explication : <http://www.psychology-today.com/blog/dsm5-in-distress/201207/two-who-resigned-dsm-5-explain-why>

RÉSUMÉ

Français Les Troubles de la personnalité ont toujours constitué une région à part de la nosologie psychiatrique. Dans cet article, nous nous intéressons à la place que le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM) de l'*American Psychiatric Association* leur a réservée au fil de ses éditions successives, et en particulier dans le DSM-III (1980) avec l'invention de l'Axe II. Nous montrons en quoi la place ambiguë qui leur est réservée dans l'économie de la classification explique en partie la crise nosologique qui a entouré la préparation du DSM-5, publié en mai 2013.

Mots-clés

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

CATÉGORIE

DIMENSION

DSM-5

TRAITS DE LA PERSONNALITÉ

English PERSONALITY DISORDERS AND THE DSM: THE ORIGINS OF A MAJOR NOSOLOGICAL CRISIS.

Personality Disorders (PDs) have always constituted a very particular domain in psychiatric nosology. In this paper, I analyse the evolutions in the position that PDs have occupied in the structure of psychiatric classification through the different editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders by the American Psychiatric Association. I demonstrate that the introduction of Axis II dedicated to the assessment of PDs in the DSM-III (1980) has precipitated a far-reaching nosological crisis in this field. This crisis has become manifest with the preparation of the DSM-5, released in May 2013.

Key-words

PERSONALITY DISORDERS

CATEGORIAL APPROACH

DIMENSIONS

DSM-5

PERSONALITY TRAITS

PLAN

INTRODUCTION

I. LA TRADITION CLINIQUE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

II. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET L'HISTOIRE DU DSM

A. Les DSM-I et II

B. L'invention de l'Axe II dans le DSM-III

C. Du DSM-III-R au DSM-IV-TR

III. LA CRISE NOSOLOGIQUE ACTUELLE ET LA PRÉPARATION DU DSM-5

A. La mauvaise fortune de l'Axe II

B. L'opposition entre approche catégorielle et dimensionnelle

C. DSM-5 : la révolution dimensionnelle n'aura pas lieu

CONCLUSION

Les enjeux théoriques de cette crise

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- R. K., BLASHFIELD, *The Classification of Psychopathology : Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*, Plenum Publishing Corporation, 1984.
- C. R., CLONINGER, "The Science of Well-being : An Integrated Approach to Mental Health and Its Disorders", *World Psychiatry*, 2006, 5(2), p. 71-76.
- S., DEMAZEUX, « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? », *PSN*, 2008, 6(1), p. 17-25.
- S., DEMAZEUX, *Le Lit De Procruste du DSM-III:Classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale*, Thèse de doctorat, IHPST & Université Paris 1, 2011.
- S., FREUD, « Caractère et érotisme anal » (1908), in *Névrose, Psychose et Perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, PUF, 2010.
- J. G., GUNDERSON, "Introduction to Section IV, Personality Disorders", in T.A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M.B. First, & W.W. Davis (eds), *DSM-IV Sourcebook, Vol. 2*, American Psychiatric Association, 1996.
- K., JASPERS, *Psychopathologie générale*, Félix Alcan, 1933.
- P., KAST, *Arithmétique* (Film), 1952.
- R. E., KENDELL, "The Distinction Between Personality Disorder and Mental Illness", *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 180 (2), p. 110-115.
- E., KRETSCHMER, *La structure du corps et le caractère*, Payot, 1930.
- R. F., KRUEGER, N. R., Eaton, L. A., Clark, D. Watson, K. E., Markon, J., Derringer, A., Skodol, & W. J. Livesley, "Deriving an Empirical Structure of Personality Pathology for DSM-5", *Journal of Personality Disorders*, 2011, 25 (2), p. 170-191.

R. F., KRUEGER, "Continuity of Axes I And II : Toward A Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders", *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19 (3), p. 233-261.

M. F., LENZENWEGER, M.C., LANE, A.W., LORANGER, R.C., KESSLER, "DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry*, 2007, 62 (6), p. 553-564.

W. J., LIVESLEY, "Current Issues in the Classification of Personality Disorder", 2nd Bergen Conference on the Treatment of Psychopathy, 15 -17 November, 2011.

G., MATTHEWS, I. J., DEARY, M. C., WHITEMAN, *Personality Traits*, Cambridge University Press, 1998.

L. C., MOREY, "Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R : Convergence, Coverage, and Internal Consistency", *The American Journal of Psychiatry*, 1988, 145(5), p. 573-577.

J. M., OLDHAM, A., E., SKODOL, H. D., KELLMAN, S. E., HYLER, N., DOIDGE, L., ROSNICK, P., E., GALLAHER & al. "Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders", *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152 (4), p. 571-578.

P., PICHOT, « Les modèles de la personnalité en psychologie », Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française, 1965a, PUF, p. 65-89.

P., PICHOT, « Les personnalités pathologiques », *Bulletin de psychologie*, 1965b, 239, p. 1- 48.

M., RUTTER, "Temperament, Personality, and Personality Disorder", *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, p. 443-458.

W. H., SHELDON, S. S., STEVENS, *Les variétés du tempérament ; une psychologie des différences constitutionnelles*, PUF, 1951.

L., SROLE, T. S., LANGNER, S. T., MICHAEL, M. K., OPLER, & T. A., C., RENNIE, *Mental Health in the Metropolis : The Midtown Manhattan Study, Revised Edition*, New York University Press, 1978.

E. C., TUPES, R. C., CHRISTAL, *Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings*, Technical Report ASD-TR-61-97, Lackland Air Force Base, 1961.

T. A, WIDIGER, T. J., TRULL, "Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder : Shifting to a Dimensional Model", *American Psychologist*, 2007, 62(2), p. 71-83.

T., A., WIDIGER, A., FRANCES, R., L., SPITZER, J., B., WILLIAMS, “The DSM-III-R Personality Disorders : An Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 1988, 145(7), p. 786-795.

T. A., WIDIGER, L., A., CLARK, “Toward DSM-V and the Classification of Psychopathology”, *Psychological Bulletin*, 2000, 126 (6), p. 946-963.

T. A., WIDIGER, A., J., FRANCES, H. A., PINCUS, R. ROSS, M.,B. FIRST, W.,W. ,DAVIS (eds), *DSM-IV Sourcebook, Vol. 2.*, American Psychiatric Association, 1996.

A. R.,YUNG, B., NELSON, K., BAKER, J. A., BUCKBY, G., BAKSHEEV, E. M., COSGRAVE, “Psychotic-like Experiences in a Community Sample of Adolescents : Implications for the Continuum Model of Psychosis and Prediction of Schizophrenia”, *Australasian Psychiatry*, 2009, 43 (2), p. 118-128.

AUTEUR

Steeves Demazeux

13, rue Tolain 75020 Paris

sdemazeux@gmail.com



SUIVANT

Mis en ligne sur Cairn.info le 19/08/2013

<https://doi.org/10.3917/top.123.0049>

Pour citer cet article

Demazeux Steeves, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une

crise nosologique », *Topique*, 2013/2 (n° 123), p. 49-64. DOI : 10.3917/top.123.0049. URL : <https://www.cairn.info/revue-topique-2013-2-page-49.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps © L'Esprit du temps. Tous droits réservés pour tous pays. Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent article, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Cairn.info