

EXAMEN du DSM

L'examen critique de la logique classificatoire du DSM elle-même (approche athéorique et catégorielle) face à la nécessité clinique de saisir l'angoisse de l'engagement dans sa dimension structurale plutôt que symptomatique isolée.

Le geste fondateur du DSM-III, réitéré jusqu'au DSM-5, consiste en la suspension délibérée de toute référence étiologique — l'athéorisme revendiqué comme condition de la fiabilité inter-juges (*reliability*) plutôt que de la validité clinique (*validity*). Spitzer et ses successeurs ont opéré ce que l'on pourrait nommer une époque psychanalytique : bracketer* la question du sens et de la causalité inconsciente pour ne retenir que la surface descriptive, le cluster symptomatique observable et consensuellement codable. Ce choix épistémologique, dont la légitimité scientifique se mesure à l'aune du kappa de Cohen plutôt qu'à celle de la cohérence structurale du sujet, produit un objet clinique radicalement étranger à celui que vise la métapsychologie — qu'elle soit freudienne, lacanienne ou jungienne.

La conséquence directe pour l'angoisse de l'engagement est la suivante : le DSM ne peut la saisir que comme symptôme isolable, rattachable soit à la catégorie *phobie spécifique*, soit dispersée en comorbidité entre trouble anxieux généralisé, trouble de la personnalité évitante, voire trouble de la personnalité dépendante par le biais de son envers défensif. Cette dispersion catégorielle est elle-même symptomatique du problème : une structure clinique unique — disons, pour reprendre les termes jungiens précédents, une configuration défensive du Moi face à la *coniunctio* — se trouve fragmentée en entités nosographiques discrètes et prétendument indépendantes, chacune traitée pour elle-même, sans que le manuel ne dispose d'aucun opérateur conceptuel permettant de restituer leur unité sous-jacente.

C'est ici que la critique structurale, qu'elle vienne de la psychanalyse ou de la psychologie analytique, retrouve un terrain commun contre l'atomisme du DSM. Pour Jung comme pour Freud ou Lacan, le symptôme n'a de sens que rapporté à une organisation d'ensemble — structure névrotique, position subjective, configuration archétypique dominante — et non comme entité self-standing définie par un seuil de critères (le fameux *polythetic criteria*, où cinq symptômes sur neuf suffisent, indépendamment de leur agencement qualitatif).

L'angoisse de l'engagement, structurellement, n'est pas un symptôme parmi d'autres à côté desquels elle prendrait place dans une liste de comorbidités ; elle est modalité d'une défense du Moi qui pourrait tout aussi bien se manifester ailleurs — dans l'inhibition professionnelle, dans l'évitement de la filiation, dans le refus de toute forme d'*opus* transformateur — et dont la spécificité matrimoniale n'est que la cristallisation contingente.

Le DSM, en polarisant l'attention diagnostique sur la manifestation phénoménale (peur du mariage *stricto sensu*), risque ainsi une double méprise clinique : traiter le symptôme sans toucher à la structure (le sujet gamophobe « guéri » reproduira la même défense sous une autre forme phénoménale), et manquer la fonction économique du symptôme au sein de l'appareil psychique — fonction que le DSM, par construction athéorique, n'a même pas vocation à interroger, puisqu'il s'interdit toute hypothèse sur ce que le symptôme *fait* pour le sujet plutôt que ce qu'il *est* descriptivement.

Il faut néanmoins concéder à l'approche catégorielle un mérite : elle a permis une communication clinique inter-écoles et une recherche épidémiologique impossibles sous le règne d'une nosographie psychanalytique éclatée en chapelles théoriques concurrentes. Le prix de cette communicabilité est cependant l'appauvrissement structural — le DSM échange la profondeur diagnostique contre la fiabilité statistique, pari dont la pertinence clinique, au chevet du sujet singulier, reste éminemment discutable.

Comparaison avec la CIM-11, qui procède selon une logique de regroupement légèrement différente, pour situer où et comment une telle peur y trouverait, le cas échéant, meilleure niche diagnostique.

La CIM-11 rompt avec l'organisation en chapitre unique héritée de la CIM-10 (F40-F48, « Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes ») au profit d'un regroupement en blocs fonctionnels distincts au sein du chapitre 06 des troubles mentaux : les *Anxiety or fear-related disorders* (6B00-6B0Z) sont désormais séparés des *Obsessive-compulsive or related disorders* (6B20-6B2Z) et des *Disorders specifically associated with stress* (6B40-6B4Z) — trois blocs qui, dans le DSM-IV comme dans la CIM-10, cohabitaient sous une même rubrique névrotique. La phobie spécifique loge en 6B03, au sein du bloc anxiété-peur, aux côtés de l'agoraphobie (6B02), de l'anxiété sociale (6B04), de l'anxiété de séparation (6B05) et du mutisme sélectif (6B06). Ce même bloc comprend une catégorie « autres troubles anxieux ou liés à la peur, spécifiés » (6B0Y) et une catégorie « sans précision » (6B0Z) — structure formellement homologue au DSM, où la gamophobie trouverait refuge sous 6B03 ou 6B0Y selon le degré de spécification clinique retenu.

La différence substantielle avec le DSM ne tient donc pas à la niche diagnostique elle-même — la gamophobie resterait, dans les deux systèmes, orpheline de toute entité nommément dédiée — mais à la logique de définition qui gouverne l'accès à cette catégorie. Là où le DSM-5 opère par critères polythétiques (un seuil numérique de symptômes parmi une liste, sans hiérarchie qualitative), la CIM-11 a délibérément adopté des *guidelines diagnostiques* plutôt que des critères stricts : descriptions prototypiques, formulées en langage clinique plus proche du jugement du praticien, laissant une latitude interprétative sensiblement supérieure. Ce

choix, porté notamment par Geoffrey Reed dans l'élaboration du chapitre des troubles mentaux, visait explicitement une meilleure utilité clinique (*clinical utility*) au détriment de la standardisation algorithmique — inversion de priorité par rapport au pari statistique du DSM évoqué précédemment.

Cette latitude prototypique offre, paradoxalement, un espace légèrement plus hospitalier à une lecture structurale de l'angoisse de l'engagement : le clinicien qui code 6B03 en CIM-11 n'est pas contraint par un algorithme de cotation à la Feighner, mais invité à reconnaître un tableau clinique reconnaissable dans son ensemble — ce qui laisse théoriquement filtrer davantage de jugement qualitatif que ne le permet le comptage critériologique du DSM, sans pour autant restituer la dimension économique et défensive qu'une lecture jungienne ou psychanalytique y verrait.

Il faut noter enfin que la CIM-11 innove par un dispositif que le DSM ne possède pas : les *qualifiers* transversaux, notamment ceux du chapitre 24 (facteurs influençant l'état de santé), qui permettent de coder des circonstances relationnelles ou existentielles — problèmes de couple, difficultés liées au cycle de vie — en complément du trouble mental proprement dit. Une gamophobie articulée à une problématique conjugale actuelle pourrait ainsi se voir doublement codée, mariant diagnostic catégoriel et contexte relationnel, possibilité structurellement absente du DSM qui isole strictement l'Axe clinique de tout contexte psychosocial depuis l'abandon du système multiaxial en 2013.

* Le terme est un anglicisme — de l'anglais *to bracket*, littéralement « mettre entre crochets » — qui s'est répandu dans la littérature phénoménologique et psychanalytique francophone contemporaine par calque direct, au point de concurrencer les formulations plus classiques : « mettre entre parenthèses », « suspendre », ou le verbe substantivé « la mise entre parenthèses ». Sa fortune tient sans doute à une commodité verbale que ces périphrases n'offrent pas — un verbe unique, transitif, permettant l'économie syntaxique (« bracketer l'inconscient » plutôt que « mettre l'inconscient entre parenthèses »).

L'usage n'est cependant pas anodin dans son historique. Le terme circule abondamment dans la littérature anglophone de phénoménologie (Husserlian *bracketing*, traduction consacrée d'*Einklammerung*) et s'est diffusé en français via les traductions et la littérature secondaire anglo-saxonne sur la phénoménologie clinique, avant de migrer vers des usages plus lâches en psychologie et en épistémologie des sciences humaines. Le Trésor de la langue française ne l'atteste pas ; il relève du sociolecte académique plutôt que de la langue normée, ce qui n'interdit certes pas son emploi dans un contexte où l'interlocuteur en maîtrise manifestement la référence, mais mérite d'être noté pour la rigueur terminologique.

Usage francisé — « suspendre », « mettre en suspens », ou le substantif « suspension » qui a l'avantage de faire directement écho à *epochè* elle-même, *ἐποχή* signifiant précisément arrêt, suspension.