



15 approches de la psychopathologie

Serban Ionescu

5^e édition

DUNOD

Maquette de couverture :
Le Petit Atelier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	--

© Dunod, 2019, pour la présente édition

© Armand Colin, 2015, pour la 4^e édition

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-078847-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Préface à la quatrième édition</i>	7
<i>Post-scriptum à la cinquième édition</i>	13
<i>Avant-propos</i>	15
CHAPITRE 1 – PSYCHOPATHOLOGIE ATHÉORIQUE	21
1. Conditions d'apparition	25
2. Structure et contenu du <i>DSM-5</i>	30
3. Critiques et perspectives	38
CHAPITRE 2 – PSYCHOPATHOLOGIE BEHAVIORISTE	45
1. L'approche behavioriste des comportements anormaux	49
2. Le behaviorisme paradigmatique ou social.....	52
CHAPITRE 3 – PSYCHOPATHOLOGIE BIOLOGIQUE	59
1. Recherches concernant les bases biologiques de l'hystérie.....	64
2. Biologie des comportements suicidaires.....	69
3. Endophénotypes et épigénétique	74
CHAPITRE 4 – PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVISTE	81
1. Les théories cognitivistes de la dépression.....	85
2. Apport des recherches sur le traitement inconscient de l'information	91
CHAPITRE 5 – PSYCHOPATHOLOGIE DÉVELOPPEMENTALE	99
1. Une classification développementale des symptômes.....	105
2. Approche développementale de l'alcoolisme.....	111
3. Une évolution particulière : le développement posttraumatique	115
CHAPITRE 6 – PSYCHOPATHOLOGIE ÉCOSYSTÉMIQUE	121
1. Un modèle interactionniste de la psychopathologie	128
2. Psychopathologie et réseaux sociaux.....	132

CHAPITRE 7 – ETHNOPSYPHOPATHOLOGIE	137
1. Syndromes culturellement spécifiques.....	141
2. Grandes études transculturelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	146
3. Questions posées par le diagnostic.....	154
CHAPITRE 8 – PSYCHOPATHOLOGIE ÉTHOLOGIQUE	163
1. Contributions méthodologiques	168
2. Un exemple clinique : l'énurésie.....	174
CHAPITRE 9 – PSYCHOPATHOLOGIE EXISTENTIALISTE	179
1. Trois concepts fondamentaux	184
2. Le patient en tant qu'être-dans-le-monde	188
CHAPITRE 10 – PSYCHOPATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE	193
1. Névroses expérimentales	197
2. Catatonie expérimentale.....	202
3. Exemple d'étude expérimentale des troubles psychopathologiques présentés par des patients	204
CHAPITRE 11 – PSYCHOPATHOLOGIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE	209
1. Binswanger et la mélancolie	212
2. Développements récents : l'étude phénoménologique de l'hospitalisation en psychiatrie.....	215
3. Fondements de la méthode phénoménologique de recherche	219
CHAPITRE 12 – PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE	225
1. Cinq types de réponses à une question qui revient souvent : la psychanalyse est-elle une science ?	230
2. Étude empirique de certaines composantes de la théorie psychanalytique. Bilan des recherches sur l'oralité	234
CHAPITRE 13 – PSYCHOPATHOLOGIE SOCIALE	241
1. Troubles mentaux et classe sociale	246
2. Analyse des variations, d'une époque à l'autre, des données épidémiologiques	248

CHAPITRE 14 – PSYCHOPATHOLOGIE STRUCTURALISTE 255

- 1. Les structures psychopathologiques 262
- 2. La structure des idées délirantes 265

CHAPITRE 15 – PSYCHOPATHOLOGIE INTÉGRATIVE-HOLISTIQUE..... 273

- 1. Du morcellement à l'intégration..... 277
- 2. Un exemple : qu'apporte l'approche intégrative-holistique
à la compréhension du trouble du spectre de l'autisme ? 284

Bibliographie 305

Préface à la quatrième édition

La possibilité d'aborder la psychopathologie selon des perspectives différentes n'est pas récente. La prolifération des approches de la psychopathologie a été entrevue en 1913 déjà, par Jaspers qui écrivait qu'il essayait « de saisir chaque perspective différente de l'entier » et de lui « attribuer une place en fonction de sa signification et de ses limites ». En 1991, quand fut publiée la première édition des *Quatorze approches de la psychopathologie*, la démarche était toutefois originale car aucun autre ouvrage du même genre n'avait été publié en France ou ailleurs. Depuis, les *Quatorze approches* ont été diffusées, sans interruption, et ont été traduites au Mexique, au Brésil et en Roumanie.

Le but poursuivi en élaborant les *Quatorze approches* était de provoquer un décloisonnement théorique, en présentant les différentes approches en ce qu'elles ont de spécifique, en informant les lecteurs de leurs apports et de leurs limites. Le but était, donc, de nourrir la réflexion critique des lecteurs. Les partisans des débats acrimonieux, les passionnés des oppositions binaires et des guerres stériles furent sans doute déçus par la présentation « posée » des connaissances disponibles, des faits, des différentes méthodes utilisées pour les mettre en évidence, par l'exposé – aussi complet que le nombre de pages le permettait – des arguments des uns et des autres.

À partir de 1991, j'ai mené un long travail de réflexion sur ce que j'avais proposé dans la première édition des *Quatorze approches*. Ce travail s'est déroulé en quatre étapes dont la dernière correspond à cette quatrième édition.

En 1995, j'ai franchi le cap de la pure description pour m'orienter vers une analyse comparative des approches de la psychopathologie, afin de mettre en évidence leurs apports, leurs complémentarités et d'éventuels points d'articulation, ainsi que leurs spécificités, leurs différences. Dans un texte intitulé « Au-delà de la simple description : comparaison et regroupement des approches de la psychopathologie » (Ionescu, 1995/2005, pp. 460-463), j'ai abordé la comparaison en fonction de plusieurs critères comme, par exemple, la position qu'elles adoptent à l'égard de l'étiologie, du diagnostic, de la continuité ou de la discontinuité du normal et du pathologique, de leur vision concernant la personne du patient. En prenant comme critère l'étiologie, j'ai constaté la coexistence de différences et de ressemblances. Ainsi, et contrairement à ce que certains pensent, des perspectives si différentes que l'approche psychanalytique, behavioriste ou cognitiviste font état d'une étiologie psychogénétique. Évidemment, les mécanismes en jeu sont

différents: intrapsychiques et inconscients pour la psychanalyse, liés à l'apprentissage pour le behaviorisme, basés sur le processus de traitement de l'information pour les cognitivistes.

À cette comparaison « théorique » des approches, j'ai articulé un exercice plus clinique, en choisissant un même objet d'étude, la schizophrénie, affection qu'Alexander et Selesnik (1972) considéraient comme le « nœud gordien » de la psychiatrie. Pour opérationnaliser ce travail, j'ai formulé trois questions: 1) quelle est l'étiologie de la schizophrénie? 2) que recouvre la notion de schizophrénie? 3) la schizophrénie constitue-t-elle un trouble universel? Les différentes approches de la psychopathologie étaient ici sollicitées pour apporter des réponses. Celles-ci furent présentées dans un autre texte, « La schizophrénie comme exemple d'application à un même objet d'étude de différentes approches de la psychopathologie » (Ionescu, 1995/2005, pp. 463-492). Parmi les réponses apportées, je citerai:

- aucune des hypothèses étiologiques (avancées à l'époque) n'expliquerait l'apparition de la totalité des cas de schizophrénie;
- malgré de nombreuses ressemblances permettant de définir un « noyau séméiologique commun », le terme de schizophrénie désigne un groupe hétérogène de troubles;
- la schizophrénie serait la « voie finale commune » évolutive, adoptée après l'action des divers facteurs étiologiques;
- en dépit de certaines particularités (notamment évolutives), liées au contexte de vie socioéconomique et culturel des patients, la schizophrénie est un trouble universel.

Une deuxième étape du travail de réflexion qui a suivi la parution de la première édition de cet ouvrage a porté sur l'autisme infantile (Ionescu, 2007), où ce trouble fut examiné en utilisant l'éclairage des diverses approches de la psychopathologie, reprises dans l'ordre de présentation des *Quatorze approches*. À cette occasion ont été examinés leurs apports à la connaissance de ce trouble, les différentes hypothèses formulées concernant son origine, les débats suscités. À cette occasion, j'ai noté qu'en 1983, Ferrari avait publié un rapport consacré à l'approche pluridisciplinaire de l'autisme et des psychoses infantiles précoces. Cette vision, qualifiée par Ferrari de « gageure mêlée sans doute d'un peu d'utopie », impliquait une présentation détaillée des approches biologique et psychanalytique.

La troisième étape a été constituée par l'élaboration d'un texte où je montrais que, selon le cadre théorique adopté, la description des troubles mentaux diffère (Ionescu, 2010, pp. 222-242). Pour cela j'ai choisi l'exemple de la dépression, avec

des cas présentés dans la perspective cognitiviste, psychanalytique, systémique et ethnopsychopathologique. L'analyse faite à cette occasion montrait que les éléments fournis dans les études de cas utilisées variaient beaucoup : l'accent était mis soit sur les troubles du traitement de l'information et sur leurs sources, sur les processus intrapsychiques et la dynamique transféro-contre-transférentielle, sur les interactions au sein du système familial ou sur les pièges qu'engendre le diagnostic de dépression chez des personnes appartenant à d'autres cultures ou aux difficultés que créent les tentatives de différenciation de la souffrance « normale » et la dépression. J'ai aussi noté que le vocabulaire utilisé, la préoccupation pour l'argumentation du diagnostic, la place accordée aux examens psychologiques et à l'évaluation variaient d'une perspective à l'autre.

C'est dans ce contexte que j'ai repensé à une vieille histoire védique (que je raconte souvent), publiée par Das (1996). Cinq aveugles de naissance se rencontrent et passent leur temps à bavarder. Tout à coup, ils entendent un bruissement provoqué par l'arrivée d'un éléphant qu'évidemment ils ne pouvaient voir. Les cinq hommes s'approchent, alors, de la source du bruissement et commencent à toucher les différentes parties du corps de l'éléphant. Le premier toucha le corps et dit qu'il s'agissait d'un mur de boue. Le deuxième toucha une défense et déclara que c'était une lance en ivoire. Si le troisième – qui avait touché la trompe – dit que c'était un python suspendu à un arbre, le quatrième, qui avait empoigné la queue de l'éléphant, déclara que c'était une corde. Enfin, le cinquième toucha l'une des pattes de l'intrus et dit que c'était un palmier. Face à ces constats si différents, les cinq hommes commencèrent à se bagarrer. Ce récit constitue une véritable parabole de la diversité des approches de la psychopathologie, en nous rappelant que les cliniciens ou les chercheurs qui travaillent dans le champ de la psychopathologie étudient et décrivent les troubles mentaux en fonction d'indices propres à l'approche dans laquelle ils ont été formés et à laquelle ils ont adhéré.

Le projet concrétisé dans *Quatorze approches de la psychopathologie* ne pouvait évoluer et se développer sans la présentation d'une quinzième approche qui fera l'objet d'un nouveau chapitre de ce livre, consacré à la psychopathologie intégrative-holistique. Ce nouveau chapitre – à l'origine du changement du titre de cet ouvrage – est le résultat d'une longue réflexion sur l'intégration des différentes approches de la psychopathologie. J'ai abordé ce projet avec la prudence nourrie par les avertissements de plusieurs chercheurs. Legrand (1983), par exemple, exprimait des doutes quant au caractère fructueux de l'échange entre psychanalyse et behaviorisme effectué par Dollard et Miller (1950) dans leur ouvrage *Personality and Psychotherapy*, ouvrage dédié à « Freud et Pavlov, et à leurs élèves ». En prenant

comme exemple l'œuvre de Melanie Klein et celle de Skinner, Legrand écrivait que « le radicalisme est sans doute préférable aux accommodements éclectiques et concordistes ». Lecomte (1987), connu pour ses travaux sur l'intégration des psychothérapies, écrivait à son tour que « les efforts de synthèse récusant la dissidence risquent souvent d'aboutir à un syncrétisme nivelant sous des atours trompeurs d'efficacité ».

La question de l'intégration n'est pas spécifique à la psychopathologie. Elle préoccupe les chercheurs de nombreux domaines et la première partie du chapitre 15 passe en revue les efforts faits jusqu'à maintenant et présente les tendances qui s'en dégagent.

Le débat qui oppose unité et diversité est, souvent, mis en relation avec la classification proposée par le philosophe Isaiah Berlin (1953) dans son ouvrage *Le hérisson et le renard. Essai sur la vision de l'histoire chez Tolstoï*. Berlin classait les penseurs en deux catégories : (a) les hérissons qui tentent de tout rattacher à un seul système, à une seule vision et (b) les renards, qui suivent des chemins multiples et différents, sans tenter de les rapprocher. À l'origine de cette proposition se trouve la phrase de l'un des grands poètes lyriques grecs, Archiloque (712-648) : « le renard sait beaucoup de choses, mais le hérisson sait une chose importante ». Berlin a transformé cette phrase en métaphore pour désigner deux types de penseurs et écrivains. La pensée et l'action des hérissons sont guidées par une vision unique des choses et sont structurées par un ensemble de principes qu'ils considèrent comme universels. À l'opposé, les renards sont pluralistes, se mesurent à de nombreuses situations, poursuivent de nombreux buts et prennent pour primordiales des choses particulières, concrètes.

Sunny Y. Auyang – connue, entre autres, pour ses ouvrages *Foundations of complex-system theories: In economics, evolutionary biology, and statistical physics* ou *Mind in everyday life and cognitive science* – applique cette classification aux sciences. Pour elle, les sciences théoriques, comme la physique des particules élémentaires, ont une tendance à la généralisation et rentrent dans la catégorie des hérissons. Les sciences qui s'intéressent aux phénomènes complexes (comme la biologie) tendent à être des renards.

Où situer alors la psychopathologie ? Par sa recherche d'informations sur des phénomènes si complexes que les dysfonctionnements psychiques, la psychopathologie emprunte, comme le renard, des sentiers multiples et différents. Mais lorsqu'elle considère la personne comme sujet total, la psychopathologie est

amenée à articuler toutes les informations recueillies en tant que renard et se métamorphose en hérisson...

C'est ce que je propose dans cette nouvelle édition de l'ouvrage qui comprend aussi des mises à jour dans les chapitres 1 et 14.

Pour conclure, je pense que, dans les années à venir, l'approche faisant l'objet du quinzième chapitre mériterait un ouvrage à elle seule!...

Asnières-sur-Seine
et Trois-Rivières (Québec)
Avril-mai 2015

Post-scriptum à la cinquième édition

Chaque chapitre de cet ouvrage a été conçu comme une synthèse des éléments « classiques » des approches de la psychopathologie. Cette stratégie éditoriale devait assurer la durabilité des contenus. C'était sans anticiper le développement très rapide du domaine et l'apparition de nouvelles composantes fondamentales dans l'une ou l'autre des différentes approches.

L'intérêt des lecteurs pour cet ouvrage et l'existence de telles composantes qui ne pouvaient pas être absentes des « 15 approches » m'ont amené à compléter périodiquement le texte. C'est le cas, aussi, pour cette cinquième édition où des ajouts ont été insérés dans les chapitres 1, 3 et 5. L'auteur espère ainsi que cet ouvrage reflétera davantage les fondamentaux de la psychopathologie.

Asnières-sur-Seine
et Trois-Rivières (Québec)
Mars 2019

Avant-propos

1. Les quatorze chapitres de ce livre sont consacrés à la présentation, par ordre alphabétique, des différentes approches de la psychopathologie. Ceci résulte d'un choix qui a conduit au rejet de deux autres manières de procéder. La première consistait à utiliser un critère chronologique. Dans ce cas, l'ouvrage aurait pris, à mon avis, un caractère trop historique. D'autre part, l'application d'un tel critère aurait été forcément subjective. Quelle année choisir comme « date de naissance » d'une approche ? Celle où l'on a utilisé pour la première fois son nom ou la date de parution d'un ouvrage considéré comme fondamental ? Et que faire dans le cas de parutions à différentes dates de plusieurs ouvrages de base ? Notons aussi que certaines approches se sont constituées progressivement, à partir d'études menées sur de longues périodes de temps ; de surcroît, plusieurs approches se sont développées à une même époque. Une deuxième manière de procéder, rejetée elle aussi, aurait été d'utiliser comme critère l'importance des approches. Mais comment établir cette importance ? À l'aide de quelle échelle ou système de mesure ? Comment éliminer, par exemple, les « effets de mode », très évidents pour certaines approches ? De plus, une telle démarche allait à l'encontre de l'objectif central de cet ouvrage : contribuer au décloisonnement des différentes approches et constituer ainsi un préalable à l'émergence d'une nouvelle approche intégrative. Ceci signifie, bien sûr, éclectisme et non pas syncrétisme. La réalisation d'un tel objectif suppose un esprit différent de celui qu'engendrerait une hiérarchie, établie dès le départ et basée sur des jugements de valeur de l'auteur, qui biaiserait la lecture de l'ouvrage.

2. Chaque chapitre commence par une section introductive qui contient, en plus de la définition de l'approche que l'on y traitera, les principaux moments de son développement. Suivent deux, parfois trois parties, où sont abordés les thèmes qui illustrent l'approche présentée. Comme dans la presque totalité des cas (la psychopathologie athéorique constituant l'exception) il a été impossible d'aborder l'ensemble des directions de recherche et des contributions disponibles, le choix des exemples utilisé pour illustrer une approche est expliqué, dans chaque chapitre, à la fin de la partie introductive. Dans chaque chapitre sont citées les références bibliographiques pertinentes à l'approche décrite. Ceci permet l'approfondissement ultérieur du domaine et explique la place importante qu'occupe la bibliographie à la fin du livre. De nombreuses notes sont placées après chaque chapitre. Elles ont été élaborées pour alléger le texte, sans que ceci entraîne une perte d'informations, ainsi que pour expliquer certains termes employés.

3. La présentation des quatorze approches n'est pas précédée, comme on aurait pu s'y attendre, d'un chapitre consacré aux aspects généraux, notamment à une définition de la psychopathologie et à une discussion des concepts de base, comme la dyade « normal-pathologique ». Par contre, ces aspects bénéficieront des éclairages apportés par les différentes approches présentées dans ce volume.

L'ouvrage étant conçu comme le préalable d'une approche intégrative de la psychopathologie, l'accent est mis sur la complémentarité des quatorze approches. Il ne s'agit pas là d'un objectif facile à atteindre. Dans ce contexte, je partage l'opinion de Widlöcher (1984) qui écrivait à propos de la difficulté de concilier la cohérence de l'ensemble et la diversité des systèmes de référence en matière de psychopathologie de l'adolescent : « la difficulté est salutaire car elle nous protège de commodités de pensée qui oblitérent parfois la réflexion psychopathologique ».

4. Le terme retenu pour le titre de cet ouvrage est « approche », c'est-à-dire manière d'aborder, la psychopathologie. Notons toutefois que pour dénommer ces différentes manières d'aborder le domaine qui nous intéresse, d'autres termes sont utilisés dans les ouvrages spécialisés.

- Le terme de « perspective », manière de considérer, apparaît chez Bootzin et Acocella (1988) qui intitulent la première partie de leur ouvrage « Perspectives historiques et théoriques ». Si Sarason et Sarason (1989) consacrent un chapitre aux perspectives théoriques concernant le comportement mésadapté, Adams et Sutker (1984) utilisent, dans le titre d'un chapitre, la formulation « perspective psychobiologique » pour traiter du rôle des variables biologiques en psychopathologie.
- La formulation « point de vue », dans le sens de manière particulière dont une question peut être considérée, est rencontrée chez Costin et Draguns (1989), de même que chez Carson *et al.* (1988).
- Dans la préface de leur *Psychopathologie de l'enfant*, Ajuriaguerra et Marcelli (1982) constatent la multiplication considérable de ce qu'ils désignent comme des « référents théoriques » appliqués à la pédopsychiatrie et notent qu'aux « apports théoriques traditionnels » s'ajoutent d'autres théories.

5. Dans le domaine de la psychopathologie, comme ailleurs, le terme de « modèle » revient souvent. Sans doute, parce que, comme le soulignait Rouanet (1983), « Les modèles sont très à la mode. Tous les jours il nous arrive de nouveaux modèles ; on les monte en épingle, puis tôt ou tard, on les oublie, sans qu'on ait vraiment cherché à approfondir ni les raisons de leur vogue, ni celles de leur déclin ». Selon Rouanet, il y a deux types de modèles : (a) le modèle-cadre, qui est

un modèle qu'on ne remet pas en question et qui fournit un contexte pour interpréter les données recueillies. Ce serait, comme disait Goguelin (1983), le modèle comme outil scientifique; (b) le modèle hypothétique, modèle qu'on cherche à valider, en le mettant à l'épreuve des résultats expérimentaux.

Le terme de « modèle » peut être rencontré dans de nombreux ouvrages de base. Ainsi, dans le manuel publié sous la direction d'Adams et Sutker (1984), un chapitre est consacré aux modèles descriptifs du comportement anormal. Une des huit parties de l'ouvrage de Rosenham et Seligman (1989) est intitulée « Modèles et traitements de l'anormalité ». Marcelli et Braconnier (1984) consacrent une section importante de la première partie de leur abrégé aux modèles de compréhension de l'adolescence. Enfin, l'ouvrage de Weckowicz (1984) est consacré aux « Modèles de la maladie mentale ».

Si les modèles représentent incontestablement un stimulant pour le développement scientifique, ils peuvent aussi agir comme frein. Ils peuvent, en effet, modéliser la pensée du chercheur, et tendre à se répliquer et à s'institutionnaliser. Reçu par le chercheur, ou par le praticien lors de sa formation, le modèle peut devenir un modèle de pensée et, ainsi, un obstacle à l'innovation (Goguelin, 1983). Dans son intervention, intitulée « Méfions-nous des modèles », présentée au Colloque de la Société française de psychologie en 1983, René Zazzo écrivait : « J'ai toujours tenu les modèles, quels qu'ils soient, pour des êtres suspects : ils ont trop tendance à donner à la réalité des leçons de bonne conduite ; bref, à **servir de modèles** ».

Toutes ces réserves m'ont amené, finalement, à ne pas utiliser, dans le titre de ce livre, le terme de « modèle ».

6. À un moment où la productivité, en termes de publications, des chercheurs universitaires devient de plus en plus importante, on peut s'interroger sur l'apport de chaque nouvelle parution. Pour répondre à cette question dans le cas du présent volume, examinons l'orientation des ouvrages parus au cours des dernières années.

La tendance qui se dégage est l'adoption d'une manière de procéder qualifiée, par certains, de « perspectives multiples ». Cela signifie que dans, au moins, un chapitre de chaque ouvrage (sinon trois ou quatre) sont présentées plusieurs approches de la psychopathologie. Cette démarche se rencontre dans la majorité des ouvrages de psychopathologie générale parus au cours des dernières années (Adams & Sutker, 1984; Bootzin & Acocella, 1988; Carson *et al.*, 1988; Sarason & Sarason, 1989;

Costin & Draguns, 1989; Rosenham & Seligman, 1989). Cette démarche est aussi suivie dans des ouvrages de psychopathologie de l'enfant et/ou de l'adolescent (Ajuriaguerra & Marcelli, 1982; Marcelli & Braconnier, 1984; Quay & Werry, 1986), de même que dans le dernier recueil de textes de base de psychologie pathologique élaboré par Hooley *et al.* (1989), où chaque entité clinique est présentée selon plusieurs perspectives théoriques.

Dans les pays anglo-saxons, les ouvrages de psychopathologie générale basés sur une seule approche tendent à devenir plutôt rares. En France, par contre, le seul ouvrage de psychologie pathologique générale (Bergeret, 1976) est d'orientation psychanalytique. À ceux qui pourraient critiquer cet « attachement trop exclusif aux hypothèses psychanalytiques », Bergeret répond : « les données analytiques (théoriques et non techniques) auxquelles nous nous sommes cantonnés correspondent à ce qui se trouve admis comme très classique par le plus grand nombre de psychopathologues contemporains et ne constitue, en définitive qu'une connaissance bien générale, indispensable à l'honnête homme de la fin du xx^e siècle ».

Les recherches bibliographiques entreprises, notamment avec le nouveau système PsycBOOKS, m'ont permis de constater qu'au cours des dernières années un seul ouvrage de psychopathologie, paru en anglais, était élaboré uniquement sur des fondements psychanalytiques (Yorke *et al.*, 1989). Le premier de ses trois auteurs est le directeur médical du Anna Freud Centre de Londres. Les autres ouvrages « homogènes », basés sur une seule approche de la psychopathologie, parus depuis 1987, sont ceux de Sims (1988) (fortement influencé par l'approche phénoménologique-descriptive de Jaspers) et les deux volumes qui sont consacrés à l'approche sociale de la psychopathologie, signés par Gallagher (1987) et Howells (1988).

Dans ces conditions, la réponse à la question de départ est que le présent volume et celui de Weckowicz (1984), cité précédemment, sont les seuls ouvrages à être entièrement consacrés aux approches de la psychopathologie. Comme *Quatorze approches de la psychopathologie* se veut, avant tout, un ouvrage didactique, sa construction est forcément différente de celle du livre de mon collègue d'Edmonton (Alberta), beaucoup plus théorique. Le fait d'illustrer chaque approche avec des exemples de ce que représente concrètement son utilisation en facilitera, je l'espère, la compréhension. Les six années qui séparent la parution du livre de Weckowicz de celle de la remise de mon manuscrit chez l'éditeur ont été remplies de découvertes intéressantes et ont permis à certaines approches de mieux

se définir. Un de mes soucis a été, justement, de tenir compte de toutes ces nouveautés pour en faire état.

7. En écrivant, l'un après l'autre, et évidemment pas dans l'ordre, les chapitres qui décrivent les quatorze approches présentées dans ce livre, j'ai revécu ma rencontre avec chacune d'elles.

Rencontres forcées, obligées, comme celles à caractère de grand-messe à la gloire de Pavlov, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Bucarest... C'était l'époque de Lyssenko, l'époque à laquelle les lettres d'Olga Borisovna Lepeshinskaya, collaboratrice d'Oparine, étaient affichées au babillard de la chaire de biologie. L'époque, aussi, où les cours de médecine étaient suivis et précédés par des cours de matérialisme dialectique.

Rencontres illégales, presque secrètes, où l'on parlait à voix basse, la peur étant omniprésente. C'est ainsi que j'ai rencontré la psychanalyse, alors interdite, grâce à un être exceptionnel, le docteur Popescu-Sibiu, psychiatre et psychanalyste. Je l'ai rencontré dans son appartement, plein « d'objets reliques d'un bonheur disparu », comme l'écrivait Saul Bellow (1982), dans *L'Hiver du doyen*, pour décrire la demeure de Valeria et de sa sœur. Ce n'est pas par hasard que je cite Bellow. Car dans l'appartement de Popescu-Sibiu, j'ai rencontré à deux reprises Valeria, la belle-mère du doyen Corde de Chicago, de son vrai nom Florica Bagdazar, remarquable psychiatre qui avait dirigé le Centre de neuropsychiatrie infantile de la rue Vasile Lascar. Elle avait étudié Freud et Ferenczy et était un fin connaisseur des méthodes quantitatives de diagnostic.

Discrètes, aussi, les rencontres et les discussions souvent prolongées dans la rue (la peur, encore...), avec mon directeur de thèse de psychiatrie, le Pr Eduard Pamfil de Timisoara, qui me parlait de Henry Ey, son maître, d'organodynamisme, mais aussi d'informatique et de la théorie des systèmes.

Une longue série de rencontres...
Trop longue pour être racontée ici.

Je n'ai pas pu, cependant, la passer complètement sous silence, car elle évoque comment le thème de ce livre peut engendrer ou être lié à des attitudes extrêmes et dangereuses. L'affirmation avec autorité de telle ou telle doctrine, sans admettre qu'il y ait quelque chose d'imparfait ou d'erroné, en d'autres termes le dogmatisme (Lalande, 1980), est fréquemment rencontré dans ce domaine.

8. L'élaboration de ce volume a été, en grande mesure, possible grâce à l'aide institutionnelle de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et de l'Université de Paris-VIII.

Tout au long de la rédaction de ce livre, j'ai eu comme première lectrice Colette Jourdan-Ionescu, professeur de psychologie à l'UQTR.

Hélène Gaudette, documentaliste, et les services de la bibliothèque de l'UQTR ont participé aux repérages bibliographiques.

Danis Pageau, étudiant de maîtrise en psychologie, à l'UQTR, a participé à la mise en forme finale de la bibliographie et a réalisé la saisie d'une partie importante du manuscrit.

La transmission de certains textes, par télécopieur, entre le Canada et la France a été rendue possible grâce à l'amabilité de Bernard Civeyrac, secrétaire général de l'université de Paris-VIII et de ses collaborateurs techniques, ainsi que du service de télécopie de l'UQTR.

Annick Thibault, secrétaire à l'U.F.R. de Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales de l'université de Paris-VIII, a contribué à l'avancement de la mise en forme finale du manuscrit, en acceptant d'assurer la saisie de deux chapitres.

La dernière correction des épreuves a été confiée par la maison d'édition à Jean-Christophe Saladin.

Mais ce projet n'a pu aboutir que grâce à la collaboration très fructueuse avec les Éditions Fernand Nathan et, notamment, avec Françoise Juhel, directeur éditorial. Mes échanges fréquents avec le directeur de la collection, le Pr Matty Chiva, ont été très stimulants.

Que toutes les personnes citées veuillent accepter mes vifs remerciements.

Trois-Rivières Ouest (Québec)
et Asnières-sur-Seine,
avril 1991

Chapitre 1

**Psychopathologie
athéorique**



Sommaire

1. Conditions d'apparition	25
2. Structure et contenu du <i>DSM-5</i>	30
3. Critiques et perspectives	38

L'idée de créer une psychopathologie où la description des troubles (la nosologie) serait athéorique est apparue, aux États-Unis, lors des débats et travaux qui ont conduit à l'élaboration de la deuxième et ensuite, de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, connu sous le nom de *DSM* (Spitzer, 1985).

Publiée en 1952, la première édition du *DSM* (*DSM-I*) a été fortement influencée par le point de vue psychobiologique d'Adolf Meyer qui concevait les troubles mentaux comme des « réactions » de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Seize ans plus tard, lors de la parution du *DSM-II*, on constate, d'une part, que le terme de « réaction » est abandonné et, d'autre part, que, dans l'ensemble, on se sert de termes qui ne présupposent pas de cadre théorique particulier pour la compréhension des troubles mentaux non organiques.

Le processus d'élaboration du *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) débute en 1974, lorsque l'Association américaine de psychiatrie (APA) crée un « Groupe de travail sur la nomenclature et les statistiques » qui fonctionne comme un véritable comité d'orientation supervisant la progression de l'ouvrage. Il me paraît important de souligner que, parmi les objectifs que les membres du groupe de travail s'étaient engagés à atteindre, figurait celui de « se faire accepter des cliniciens et des chercheurs d'orientations théoriques différentes » (Spitzer, 1985). Après une série d'étapes incluant d'une part des débats organisés lors de réunions professionnelles¹ et, d'autre part, des études sur le terrain², le *DSM-III* est approuvé, en mai 1979, par l'assemblée de l'APA et par le Conseil pour la recherche et le développement (qui constitue l'une des sections de l'APA) et, en juin de la même année, par le comité de référence et le conseil d'administration de l'APA (Spitzer, 1985). Publiée en 1980, cette troisième édition du *DSM* a introduit un nombre important d'innovations : le système multiaxial, les critères diagnostiques explicites et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques.

En 1983, l'APA décide de procéder à une révision du *DSM-III*. Cette décision était motivée, notamment, par le fait que certains critères diagnostiques ne

1. Une première épreuve du *DSM-III* fut présentée, en 1975, dans le cadre d'une session spéciale de la réunion annuelle de l'APA. Ultérieurement, lors de chaque réunion annuelle, une session spéciale fut consacrée à un aspect particulier du *DSM-III*.

2. Une série d'études sur le terrain fut conduite à partir de 1977. La plus importante étude dura deux ans (1977-1979).

correspondaient plus aux données de recherche obtenues après la publication du *DSM-III* et que, dans d'autres cas, les critères étaient peu clairs ou même contradictoires. En novembre 1986, l'assemblée des sections locales de l'APA approuve la forme finale du *DSM-III-R* et, un mois après, le conseil d'administration donne, lui aussi, son approbation (Spitzer & Williams, 1989a). Le *DSM-III-R* est publié en 1987.

Le processus visant à perfectionner le *DSM* a continué (pratiquement sans interruption!) après l'adoption du *DSM-III-R* et a abouti à la parution, en mai 1994, du *DSM-IV*. Ce processus – étroitement lié à celui qui a conduit, en 1992, à la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (*CIM-10*) – s'est déroulé sous la direction d'un groupe de travail dirigé par Allen Frances et a impliqué la participation de treize comités, chacun ayant la responsabilité d'une section particulière du manuel. Deux ans avant la parution du *DSM-IV* – et afin de faciliter un débat aussi large que possible – le groupe de travail chargé de son élaboration a publié et diffusé un ouvrage (*DSM-IV Options Book*) consacré aux options prises lors de cette dernière édition du *DSM*.

Au cours de la préparation du *DSM-IV*, le groupe de travail et les comités mentionnés ci-dessus ont procédé à l'étude approfondie des publications existantes, ont effectué quarante nouvelles analyses sur des données déjà traitées et ont fait d'importants essais sur le terrain. Ces essais ont impliqué 70 sites et plus de 6 000 sujets. Lors de la prise finale de décision, le groupe de travail et les comités ont tenu compte de l'ensemble des données empiriques disponibles.

Le travail de révision du *DSM-IV* a conduit à la publication, en 2000, du *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000/2003). La dernière édition du manuel de l'Association américaine de psychiatrie, le *DSM-5*¹, a été publiée en mai 2013 (American Psychiatric Association, 2013/2015), sous la direction de D.J. Kupfer et D.A. Regier, et sera présentée dans ce chapitre.

L'approche athéorique utilisée à partir du *DSM-III* vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental en est l'absence de référence à toute conception théorique non

1. L'abandon des numéros romains dans la numérotation des éditions reflète la volonté de l'Association américaine de psychiatrie de montrer que le *DSM-5* est un « document vivant » qui peut être modifié en ligne au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles connaissances dans le domaine. Les révisions ultérieures seront, donc, désignées DSM-5.1, DSM-5.2, etc.

démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie¹ : à partir du *DSM-III*, le contenu des différentes éditions du *DSM* a donc été qualifié de nosologie athéorique ou agnostique² (Pichot, 1985).

L'athéorisme était, sans doute, prédominant dans le *DSM-III* et *III-R*. Pichot et Guelfi (1985) constataient, en effet : (a) que l'athéorisme est affirmé dans le titre même du volume où figure le concept de « troubles mentaux »³ et non celui de « maladies mentales »⁴; (b) qu'il se manifeste par le fait que la plupart des catégories diagnostiques du *DSM-III* sont définies par des constellations de symptômes, donc par des syndromes; (c) que, dans un nombre important de cas, les termes évoquant une étiologie ou une pathogénie « non démontrées » ont été bannis.

L'adoption d'une position athéorique quant à l'étiologie fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles mentaux, les auteurs du *DSM* tentaient, dans la grande majorité des cas, de décrire ce que sont les manifestations de ces troubles. Cette approche, qui consiste à définir les troubles en décrivant les caractéristiques cliniques de ceux-ci, est qualifiée de « descriptive ». Elle est aussi utilisée pour regrouper, en classes diagnostiques, les troubles pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas connues (Spitzer, 1985).

1. Conditions d'apparition

L'étude du contexte (scientifique, mais aussi socio-culturel) dans lequel est apparue et s'est développée la psychopathologie athéorique nous paraît utile pour

1. Dans l'Introduction au *DSM-III*, Spitzer (1985, p. 10) écrit : « L'approche choisie dans le *DSM-III* est athéorique en ce qui concerne l'étiologie et la physiopathologie, sauf pour les troubles pour lesquels celles-ci sont clairement établies, et donc incluses dans la définition. Avec le temps, nul doute que l'on trouvera pour certains troubles d'étiologie inconnue, des étiologies biologiques spécifiques, pour d'autres, des causes psychologiques spécifiques, et pour d'autres encore, une interaction de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. »

2. Le terme d'« agnosticisme » désigne soit l'habitude d'esprit qui consiste à considérer toute métaphysique (ontologique) comme futile, soit l'ensemble des doctrines philosophiques (notamment, le relativisme ou le positivisme) qui admettent l'existence d'un ordre de réalité inconnaissable par nature.

3. Dans le *DSM III-R*, « chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble comportemental ou psychologique cliniquement significatif » (p. 453).

4. Contrairement au trouble mental, la notion de maladie implique une étiologie et une pathogénie spécifiques.

la compréhension de la nosologie et de la nosographie¹ présentées dans le *DSM*. Les cinq aspects que nous aborderons pour décrire ce contexte permettront, en même temps, de mieux comprendre bon nombre de réactions engendrées par la diffusion internationale et, notamment en France, de cet outil diagnostique.

1.1. L'amplification des problèmes de communication entre cliniciens

La diversification, aux États-Unis, des écoles psychopathologiques a eu comme conséquence le développement et l'utilisation de cadres nosologiques et nosographiques très différents, rendant difficile (parfois impossible!) la communication entre les cliniciens de différentes obédiences. Si, comme le remarque Singer (1985), pour un certain nombre de malades « typiques », le consensus se fait parmi les psychiatres, la majorité des malades ne peut être rangée dans des classes bien définies. Le résultat de ces problèmes de cohérence au plan notionnel et diagnostique est souvent désigné par référence... au chapitre XI de la Genèse! Ainsi, Brockington *et al.* (cf. Berner *et al.*, 1983) évoquent « la confusion babylonienne des langues » et Bourgeois (1985) considère que le *DSM-III* représenterait un progrès vers la disparition du « Babel psychiatrique ».

1.2. Le développement d'un mouvement néo-kraepelinien aux États-Unis

C'est en Grande-Bretagne que voit le jour, au début des années cinquante, le point de vue néo-kraepelinien. En effet, très critique à l'égard de la psychanalyse, de la psychothérapie et de la psychiatrie sociale, le manuel de Mayer-Gross, Slater et Roth (1951) constitue une réaffirmation du point de vue kraepelinien.

Né la même année que Freud, *Emil Kraepelin* (1856-1926) est l'auteur d'un vaste système descriptif des maladies mentales, conçues comme des entités cliniques distinctes, qui représente l'achèvement du développement de la psychiatrie allemande du XIX^e siècle. C'est avec Kraepelin que le modèle médical de la folie semble l'emporter. Pour lui, la maladie mentale doit s'individualiser et se définir par son évolution. Le vrai diagnostic est celui qui permet un pronostic précis. La maladie ne pouvant être définie que par son état terminal, Kraepelin étudie systématiquement

1. Le terme nosographie désigne la classification méthodique des maladies.

les affections mentales en fonction de leur devenir. Son regard clinique est surtout classificateur. Il ne se préoccupe pas d'hypothèses psychopathologiques et se contente de considérations descriptives et classificatoires. Le manuel de psychiatrie de Kraepelin, mondialement connu, paraît en 1883 et est réédité neuf fois jusqu'en 1927. C'est à Kraepelin que nous devons le concept de démence précoce, entité très nettement définie dès la 6^e édition du *Traité* (1899). C'est lui aussi qui donne droit de cité à la psychose maniaco-dépressive.

Aux États-Unis, le mouvement néo-kraepelinien débute ses activités à l'université Washington de St-Louis. Ses protagonistes sont Robins (connu pour ses contributions dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique), Winokur (actif dans l'étude familiale-génétique des troubles de l'humeur) et Guze (qui s'est fait remarquer par une reformulation de la catégorie « hystérie » et par une recherche sur le syndrome de Briquet¹).

Klerman, le créateur du concept de néo-kraepelianisme (Klerman, 1978), indique que les représentants de ce mouvement (dans la mesure où, d'une part, ils croient en l'existence des troubles mentaux distincts et, d'autre part, ils conçoivent la psychiatrie comme une spécialité médicale²) suivent la tradition de Kraepelin et la pensée psychiatrique classique du XIX^e siècle. Par leur indécision concernant l'étiologie des différents troubles³, par le fait de souligner l'importance d'une approche plutôt empirique de ces troubles, les néo-kraepelinien se différencient cependant de la tradition kraepelinienne (Klerman, 1985). En effet, celle-ci était restée plus théorique et était basée (à partir de la cinquième édition du *Traité* de Kraepelin) sur le concept de maladie, s'inscrivant ainsi dans la continuité d'une lignée psychopathologique représentée par Bayle, Falret et Kahlbaum (Pichot et Guelfi, 1985). Or, le concept de maladie implique une étiologie et une pathogénie spécifiques. En l'absence de lésions caractéristiques, la présence d'une maladie pouvait être argumentée par l'existence d'une évolution identique (conformément au raisonnement « à évolution identique, cause identique »).

1. Le syndrome qui porte le nom de Pierre Briquet (1796-1881) – auteur du *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* – est synonyme d'hystérie de conversion.

2. Le point de vue néo-kraepelinien fait aussi référence à l'existence d'une frontière entre la normalité et la maladie, de même qu'à l'existence réelle des maladies mentales (qui ne sont pas des mythes). Pour les néo-kraepelinien, la recherche visant l'amélioration de la fidélité et de la validité du diagnostic et de la classification devrait utiliser les techniques avancées de la recherche quantitative.

3. Dans la recherche et dans la pratique clinique actuelles, la majorité des néo-kraepelinien souligne, en fait, les bases biologiques des troubles mentaux et est neutre, ambivalente, ou, parfois même, hostile à l'égard des approches psychiatriques psychodynamique, interpersonnelle et sociale.

Bien que le *DSM-III* ait repris beaucoup d'idées formulées par Kraepelin et bien que les néo-kraepelinien aient joué un rôle important dans son élaboration, en offrant l'arrière-plan expérimental et conceptuel de nombreuses innovations qui y figurent, il serait erroné de considérer le *DSM-III*, en entier, comme une expression du point de vue néo-kraepelinien (Klerman, 1985). Le responsable de l'élaboration du *DSM-III*, Spitzer, a exprimé de manière explicite son désir de ne pas être considéré comme un des membres du « collègue invisible » (Blashfield, 1982) constitué de chercheurs néo-kraepelinien; il se définit comme étant plutôt intéressé aux données et à une approche empirique (Klerman, 1985).

1.3. La montée de l'intérêt pour le diagnostic

Du début des années quarante jusqu'au milieu des années soixante-dix, le diagnostic et la classification ont constitué des préoccupations mineures de la psychiatrie américaine. L'absence apparente de pertinence du diagnostic pour les décisions concernant le traitement constitue l'une des principales sources de cette attitude. Selon Klerman (1985), cinq types de critiques expliquent ou sont en relation avec le manque d'intérêt pour le diagnostic. Les cibles de ces critiques sont :

- la légitimité de la place de la psychiatrie parmi les disciplines médicales¹;
- la fidélité du diagnostic psychiatrique;
- les conséquences sociales et psychologiques du diagnostic psychiatrique;
- la pertinence des catégories et des typologies figurant dans les systèmes de diagnostic, de même que la netteté de la frontière entre le normal et l'anormal;
- l'enracinement du système conventionnel de diagnostic dans la culture ouest-européenne.

À la fin de la période mentionnée, on assiste à une montée de l'intérêt des chercheurs et des praticiens pour le diagnostic et la classification. Ce renouveau a, essentiellement, trois explications (Klerman, 1985) :

1. Ceux qui, conformément à la classification d'Engel (1977), peuvent être désignés comme exclusionnistes – représentés par les tenants des idées de Thomas Szasz (1975) – nient la notion même de maladie mentale. Leur raisonnement est le suivant: (a) si d'une part, les troubles psychiques peuvent être réduits à des altérations neurochimiques, ils sont du ressort de la médecine en général, et de la neurologie en particulier; (b) si d'autre part, ces troubles ne peuvent s'expliquer par des altérations neurobiologiques, ils sont alors le résultat de problèmes existentiels qui ne sont pas du ressort de la médecine.

- les progrès réalisés dans le domaine des modalités thérapeutiques, surtout dans le domaine de la psychopharmacologie, mais aussi en matière de moyens d'intervention comportementale et psychothérapeutique, en général;
- la disponibilité de moyens de traitement informatisés, permettant notamment des analyses multivariées sur d'importants ensembles de données;
- l'utilisation d'échelles d'évaluation et d'autres techniques psychométriques pour l'évaluation quantitative des symptômes, du comportement et de la personnalité.

1.4. Le pragmatisme nord-américain

Selon Pichot et Guelfi (1985), le *DSM* est manifestement imprégné d'une orientation philosophique considérée, en Europe, comme étant caractéristique aux États-Unis : le pragmatisme créé par Charles Sander Peirce¹. Les principaux continuateurs de celui-ci, William James et John Dewey (qui fut l'ami d'Adolf Meyer), ont eu une influence directe sur la psychiatrie américaine. Spitzer (1985), président du Groupe de travail sur la nomenclature et la statistique de l'APA, montre que l'athéorisme du *DSM-III* représente probablement l'expression majeure de la philosophie pragmatique : « L'inclusion de théories étiologiques constituerait un obstacle à l'utilisation du manuel par des cliniciens d'orientations théoriques différentes. » Face à un tel obstacle, il s'avérait plus pratique, plus simple, d'éliminer toute référence aux théories étiologiques.

1.5. Certains changements socio-culturels survenus aux USA

À partir de 1970, les campagnes des groupes homosexuels pour retirer l'étiquette de trouble mental apposée dans le *DSM-II* à l'homosexualité ont engendré,

1. Charles Sanders Peirce (1839-1914), philosophe américain des sciences et mathématicien, présenta, en 1873, lors d'une rencontre du « Club métaphysique » qu'il avait fondé avec quelques amis à Cambridge (Massachusetts), un article dans lequel il formulait, pour la première fois, les principes de base du pragmatisme. L'article fut plus tard remanié et transformé en deux textes : « L'établissement de la croyance » et « Comment rendre nos idées claires » qui furent reproduits, en 1877 et 1879, dans *Popular Science Monthly*. Le second article avait été à l'origine écrit en français pour la *Revue philosophique*, où il parut en 1879. Son titre faisait référence aux doctrines de Descartes et de Leibnitz sur les idées claires et distinctes. Peirce soutenait que le critère de la clarté et de la distinction (au sens où Descartes et Leibnitz l'entendaient) doit être subordonné à une troisième condition, « le troisième niveau de clarté d'appréhension », qui est formulé dans « Comment rendre nos idées claires » en tant que « principe du pragmatisme » : « Considérons quels sont les effets pratiques que nous pensons que l'objet de notre conception peut produire. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet. »