



**HAL**  
open science

## Pratique clinique et pluralismes en psychiatrie

Christophe Gauld

► **To cite this version:**

Christophe Gauld. Pratique clinique et pluralismes en psychiatrie. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2022, 180 (2), pp.163-170. 10.1016/j.amp.2021.12.012 . hal-03956957

**HAL Id: hal-03956957**

**<https://hal.science/hal-03956957v1>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

*Article en l'honneur de Jean Garrabé*

**Pratique clinique et pluralismes en psychiatrie**

**Clinical practice and pluralisms in psychiatry**

**Christophe Gauld**

Service de Pédopsychiatrie, Université de Lyon 1, 8 av. Rockefeller, 69 000 Lyon, France.

Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, UMR CNRS 8590,  
Université de la Sorbonne, Paris 1, France

Auteur correspondant : Christophe Gauld – 0000-0003-4510-6186

Service de Pédopsychiatrie, Université de Lyon 1, 8 av. Rockefeller, 69 000 Lyon, France.

0671675095

Email : [gauldchristophe@gmail.com](mailto:gauldchristophe@gmail.com)

**Résumé**

*Introduction.* – En psychiatrie, de nombreuses tentatives se sont réclamées pluralistes, depuis les approches kraepelinienne et meyérienne jusqu'au modèle biopsychosocial, en passant par l'approche jasperienne ou le modèle psychanalytique freudien. Jean Garrabé lui-même a cherché à s'inscrire dans cette dynamique, en considérant l'existence de différentes perspectives dans le paysage psychiatrique. L'objectif de cet article est de retracer d'éventuelles continuités entre la pensée de Jean Garrabé et les enjeux nosologiques contemporains axés autour du pluralisme. Nous partirons pour cela d'un des leitmotifs de l'auteur, selon lequel l'histoire peut renseigner la construction des classifications psychiatriques.

*Méthode.* – Dans la première partie, nous rappellerons la diversité des perspectives en philosophie de la psychiatrie et en philosophie des sciences. Dans la seconde partie, nous verrons comment Jean Garrabé a su discuter, plus ou moins explicitement, trois axes actuellement développés dans les propositions de modélisations contemporaines de la psychiatrie.

*Résultat.* – La première partie détaille les relations que Jean Garrabé a entretenues avec la philosophie des sciences. Nous analysons trois exemples nosographiques témoignant de la diversité de ces échanges. La seconde partie étudie trois axes conceptuels développés au sein des modélisations et des classifications contemporaines – à savoir la dynamique, la hiérarchie et la dimensionnalité des troubles psychiatriques.

*Discussion et conclusion.* – La pensée de Jean Garrabé est marquée par l’empreinte du pluralisme et des trois axes que nous avons identifiés. Le premier axe concerne son intérêt pour la dynamique temporelle des phénomènes psychopathologiques, évoluant dans le temps de manière synchronique et diachronique. Le deuxième concerne son intérêt pour la hiérarchisation des troubles et des éléments sémiologiques, que ce soit via une intuition de validité comme chez Kraepelin, ou via des études statistiques comme dans les taxonomies contemporaines. Le troisième axe correspond à l’intérêt de Jean Garrabé pour la dimensionnalité, qui prend en compte l’étude des fonctionnements sous-jacents aux troubles psychiatriques, qu’ils soient phénoménologiques ou physiopathologiques.

*Mots-clés :* Classification ; Covid-19 ; Dimensionnel ; Hiérarchique ; Pluralisme ; Psychiatrie

### **Abstract**

*Introduction.* – The consideration of a plurality of perspectives is highlighted in a various number of medical and scientific disciplines. For example, in psychiatry, many attempts claiming to be pluralism have been carried out over the course of the discipline, e.g. Kraepelinian and Meyerian approaches, biopsychosocial model, Jaspersian approach or Freudian psychoanalytic model. At the same time, the starting point for Jean Garrabé’s views on psychiatric nosology refers to his consideration for the existence of different perspectives in the psychiatric landscape. The objective of this article is to highlight possible continuities between the Jean Garrabé’s developments and contemporary nosological issues. We will start from one of his leitmotifs, i.e. “History can inform the construction of psychiatric classifications”.

*Method.* – In the first part, we present the diversity of perspectives in Philosophy of Psychiatry and in Philosophy of Science. In the second part, we will see how Jean Garrabé was able to discuss, in a more or less structured and explicit manner, three axes currently and widely studied in the proposals for contemporary models of psychiatry.

*Results.* – In a first part, we analyze the integration of Jean Garrabé into the general debates of the philosophy of science and modelisation. We will thus develop three examples of modelisation, based on contemporary psychiatric classifications, to testify this integration. The first example corresponds to staging models, which consider that psychiatric disorders could be better understood as subgroups of evolving elements – rather than as fixed categories in time. Indeed, staging models allow a sub-classification of psychiatric disorders according to their dynamical progression. The second example concerns the Hierarchical Taxonomy of

Psychopathology project, which describes psychiatric disorders according to a continuum of quantitative variations, hierarchized in several dimensions. The third example concerns the Research Domain Criteria initiative, which targets some dimensions of mental functioning, i.e. areas of research from contemporary cognitive neurosciences allowing to organize psychiatric research on specific neuroscientific constructs. In a second part of this article, we analyze three axes developed both within the proposals of contemporary models and classifications and the Jean Garrabé's views, namely dynamics, hierarchy and dimensionality of psychiatric disorders. *Discussion and conclusion.* – Jean Garrabé's conceptions seems marked by the footprint of pluralism and the three identified axes. The first axe concerns his interest for the temporal dynamics of psychopathological phenomena, evolving in time in a synchronic and diachronic manner. The second concerns his interest in the hierarchy of disorders and semiological elements, e.g. through validity or statistical analyzes. The third axe corresponds to the Jean Garrabé's interest for the dimensionality, which considers elements underlying psychiatric disorders, whether they are phenomenological or physiopathological.

*Key words:* Classification; COVID-19; Dimensional; Hierarchical; Pluralism; Psychiatry;

## **1. Introduction**

Le pluralisme est une approche philosophique qui questionne les objectifs, les méthodes, les représentations, les théories et les modèles d'une discipline scientifique ou médicale. En psychiatrie, un même objet psychiatrique, comme un trouble psychiatrique (ou un patient), peut être compris de différentes manières – c'est-à-dire de manière pluraliste. Par exemple, le trouble du spectre de la schizophrénie peut être décrit à la fois selon une perspective psychodynamique, ou selon une perspective neurobiologique. Chacune de ces perspectives possède son propre vocabulaire, ses propres concepts, ses propres méthodes et ses propres systèmes de représentations. On retrouve également cette volonté de pluralisme dans un grand nombre d'autres disciplines médicales et scientifiques, par exemple au sein des neurosciences. En effet, un grand nombre de modèles neuroscientifiques tendent vers une forme de pluralisme intégrant plusieurs échelles du vivant, constituant une « unité en mosaïque des neurosciences » pour reprendre l'expression de Craver [12].

Se réclamant d'un tel pluralisme, de nombreuses tentatives cherchant à réunir ces perspectives ont été conduites dans l'histoire de la psychiatrie, allant du modèle

biopsychosocial de Engel [19] aux approches phénoménologiques [33]. Cependant, la plupart de ces propositions ne sont pas réellement des approches « pluraliste », au sens de la philosophie des sciences. Par exemple, le modèle biopsychosocial ne constitue qu'une juxtaposition de trois niveaux d'analyse (le biologique, le psychologique et le social), aux limites artificiellement nettes, sans qu'il y ait de tentative d'intégration, de causalité ni de communications entre ces niveaux [6]. La philosophie des sciences propose de développer un pluralisme qui dépasse une telle juxtaposition de (trois) niveaux de compréhension du patient, notamment en cherchant à expliquer les relations entre eux.

Après avoir défini ce qu'est le pluralisme pour la philosophie des sciences [49], nous analyserons si la pensée de Jean Garrabé peut être qualifiée de pensée pluraliste. Ce travail ne tend pas à constituer une historiographie de l'œuvre de Jean Garrabé, ni ne correspond à la restitution d'un travail d'histoire de la psychiatrie. Nous fournissons une analyse exploratoire de certaines pistes qu'il aurait pu ouvrir dans son œuvre, principalement au sujet des classifications psychiatriques.

En pratique, nous chercherons à confronter la trajectoire de pensée de l'auteur en analysant deux axes : i) la diversité de perspectives retrouvée en philosophie des sciences ; ii) la diversité de modèles retrouvés dans la nosologie psychiatrique contemporaine. Pour cela, nous faisons l'hypothèse que certains développements de la pensée de Jean Garrabé anticiperaient d'une certaine manière les hésitations et défauts des divers systèmes taxonomiques contemporains. En effet, un des leitmotifs et outil de l'auteur tenait au fait que *l'histoire peut renseigner la construction des classifications psychiatriques*, Jean Garrabé décrivant des « cycles de pensée » dans l'histoire de la psychiatrie.

Dans la première partie, nous rappellerons la diversité des perspectives en philosophie de la psychiatrie et en philosophie des sciences. Nous développerons trois exemples nosographiques témoignant de cette diversité actuelle en psychiatrie. Dans la seconde partie, nous verrons comment Jean Garrabé a su discuter trois axes actuellement largement étudiés dans la littérature internationale : la dynamique, la hiérarchie et la dimensionnalité des troubles psychiatriques.

## **Partie I : diversité des perspectives**

### **1. Diversité en philosophie de la psychiatrie et philosophie des sciences : l'exemple de la philosophie de l'astronomie**

Les astrophysiciens veulent savoir comment les étoiles se forment, évoluent et disparaissent. Pour cela, ils doivent chercher des « ingrédients », ou marqueurs, qui permettent de définir *ce qu'est* une étoile. Une telle définition permettra alors d'élaborer des classifications stellaires, contenant différentes classes évoluant de différentes manières (par exemple, décrivant l'évolution différentielle des naines brunes par rapport aux géantes rouges). En astrophysique, de tels marqueurs peuvent correspondre à des propriétés telles que la densité, la luminosité, la température ou la perte de masse de l'étoile sous les vents stellaires [30].

À l'image de ce recueil, les approches descriptives des classifications psychiatriques se fondent sur des marqueurs cliniques sémiologiques, à savoir des signes et symptômes. De telles classifications sont exemplifiées par le *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM)* [2], la *Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et Adolescents et révisée pour les adultes (CFTMEA et CFTM-R)* [7,26], ou encore la *Classification Internationale des Maladies (CIM)* [54], qui utilisent les signes et symptômes comme propriétés de structure des troubles psychiatriques. L'œuvre de Jean Garrabé s'est inscrite dans cette volonté d'identifier les marqueurs des troubles psychiatriques.

Du fait de différents critères de recueil et de multiples « points de coupure » potentiels pour délimiter les troubles les uns des autres, en astrophysique comme en psychiatrie – et plus généralement dans la plupart des disciplines scientifiques – il n'y a pas de meilleur modèle (ou classification) pour fournir une définition plus fructueuse qu'une autre d'une étoile ou d'un trouble psychiatrique [17]. Nous identifions deux facteurs qui conduisent à envisager un tel pluralisme, c'est-à-dire une telle diversité de modèles et de classifications. Le premier facteur dépend des différents « découpages » des manifestations cliniques dimensionnelles. Le second facteur dépend de la nature des marqueurs considérés.

Le premier facteur expliquant ce pluralisme scientifique est lié au caractère vague des similarités entre étoiles (huit milliards d'années peuvent séparer deux étoiles de la même classe d'étoile), ou entre troubles psychiatriques (deux tableaux cliniques ne comportant aucun symptôme en commun peuvent être classés dans la catégorie du trouble dépressif caractérisé) [23,24,25]. Les étoiles et les troubles psychiatriques peuvent être « découpez » en différentes classes de différentes manières. Par exemple, la température d'une étoile peut aller de 3 000 kelvins pour les étoiles les plus froides jusqu'à 30 000 kelvins pour les plus chaudes – mais rien dans ce continuum de température ne permet de savoir comment fournir un point de coupure pour séparer une classe d'étoile d'une autre. De même, l'humeur peut être

particulièrement basse pour certains patients (par exemple, dans la mélancolie, ou décrite comme étant « au trente-sixième dessous » dans le DSM-5), et haute chez d'autres patients (par exemple, dans la manie). Le point de coupure permettant de décider qu'un patient possède une humeur haute ou basse est difficile à déterminer.

Le seuil critique à partir duquel considérer qu'une étoile est considérée comme « froide » ou « chaude » dépend des classifications, elles-mêmes conçues pour répondre à certains objectifs pragmatiques [16,32]. Il en est de même pour le trouble de l'humeur (par exemple, dans le DSM, le seuil pathologique dépend du critère de significativité clinique, qui nécessite qu'une souffrance ou un handicap soit décrit et/ou identifié). La nature ne peut donc être aisément « sculptée à ses articulations », selon l'expression d'Aristote [37]. L'aspect continu (dimensionnel) de la psychiatrie impose des points de coupures différents, contingence qui conduit à l'existence de différentes classifications. C'est notamment parce que le découpage des manifestations cliniques (dimensionnelles et continues) peut être réalisé de différentes manières qu'il existe un pluralisme en psychiatrie, et que de multiples perspectives peuvent être utilisées [29]. Le pluralisme scientifique et nosologique peut donc provenir de l'aspect dimensionnel des marqueurs.

Le second facteur conduisant au pluralisme (et entraînant une diversité de classifications) est lié au fait que chaque classification des étoiles intègre un ensemble différent de marqueurs. Certaines ne prennent en compte que la température des étoiles, d'autres que leur luminosité. Par exemple, en 1866, Angelo Secchi, directeur de l'Observatoire du Collège Romain à Rome, a proposé la première classification stellaire pionnière basée sur des critères spectroscopiques [30]. Il a divisé les étoiles en trois classes, que nous résumons ainsi : i) la classe I correspond aux étoiles blanches et bleues avec des lignes d'hydrogène fortes et larges (comme Véga ou Altaïr) ; ii) la classe II correspond aux étoiles jaunes avec de faibles lignes d'hydrogène et avec des lignes caractéristiques de métaux (comme le Soleil ou Capella) ; iii) la classe III correspond aux étoiles rouges, avec un spectre complexe avec des bandes très larges (comme Betelgeuse ou Antarès) – auxquelles s'ajoutent de nombreuses sous-classes, une classe IV (étoiles rouges) et une classe V (étoiles à raies d'émission, comme Cassiopeiae) [22]. Il s'agit donc d'une classification fondée sur la luminosité – mais il existe d'autres classifications stellaires prenant en compte les autres marqueurs permettant d'identifier une étoile.

De la même manière, en psychiatrie et en ne s'appuyant pourtant que sur les critères descriptifs recueillis lors de la consultation clinique, on peut ainsi proposer des classifications toutes aussi différentes les unes des autres, comme la Classification chinoise des troubles

mentaux (CCTM, ou *Chinese Classification of Mental Disorders*<sup>1</sup>), le Guide latino-américain pour le diagnostic psychiatrique (*Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis – GLDP*) [3], la Classification Internationale des Maladies [54], la classification de Wernicke-Kleist-Leonhard [40], le *Manuel Diagnostique Psychodynamique (Psychodynamic Diagnostic Manual – PDM)* [41] ou encore le DSM, la CFTMEA et CFTM-R ou la CIM [2]. Chacune de ces classifications descriptives, considérant uniquement le même niveau d'analyse (la description clinique), est en effet sous-tendue par des théories et hypothèses différentes, conduisant à recueillir des éléments sémiologiques (ingrédients) différents. Par exemple, le PDM est sous-tendu par les concepts de la théorie psychanalytique et oppose les névroses aux psychoses, tandis que le DSM est sous-tendu par l'importance des statistiques ou de la validité externe (par des validateurs), proposant des catégories opérationnalisées. Le pluralisme scientifique et nosologique en psychiatrie peut donc également provenir de la nature hétérogène des éléments recueillis.

La diversité de classifications conduit les cliniciens et chercheurs à un *nomadisme nosologique* : en fonction de leurs objectifs, l'une ou l'autre de ces classifications peut être utilisée. Plus généralement, les cliniciens et chercheurs utilisent tantôt une perspective (par exemple, psychodynamique, afin de répondre aux problématiques du travail de deuil, aux réaménagements défensifs ou à la quête identitaire), et tantôt une autre perspective (par exemple, une perspective neurobiologique, afin d'envisager l'introduction d'un traitement anxiolytique). Un neuroscientifique aura besoin d'éléments quantifiables et simplifiés pour être intégrés à ses modèles ; à l'inverse, un clinicien aura besoin de s'appuyer sur une variété d'éléments cliniques complexes, intégrant des facteurs sociaux et environnementaux, pour mieux soutenir son patient. Le recours à telle ou telle perspective, et telle ou telle classification, dépend donc des *intérêts épistémiques* des chercheurs et cliniciens [8,36]. Cette dépendance aux objectifs (intérêts épistémiques) des cliniciens et chercheurs renvoie à ce que soulignait Jean Garrabé lorsqu'il proposait de comprendre les objectifs des différents acteurs de la psychiatrie – dans le cadre d'une discipline contenant une diversité de perspectives cliniques [27]. La diversité des classifications est le reflet de cette diversité d'objectifs et d'acteurs.

Or, selon l'astrophysicien Corbally [11], c'est au moment où « on compare les classifications entre elles qu'on peut commencer à apprendre quelque chose ». Nous allons voir en effet que la comparaison entre classifications psychiatriques peut offrir à la psychiatrie une conception pluraliste fructueuse.

---

<sup>1</sup> En mandarin : 中国精神疾病分类方案与诊断标准.



## 2. Diversité en philosophie de la psychiatrie et en modélisation scientifique

Dans la partie précédente, en nous appuyant notamment sur les travaux de Jean Garrabé, nous avons identifié deux facteurs permettant d'expliquer la diversité des classifications en psychiatrie : les variations continues des manifestations cliniques, et la nature des composants intégrés aux perspectives ou classifications. Mais nous avons alors pris uniquement en compte des composants sémiologiques (signes et symptômes). Afin de comparer les classifications, il semble nécessaire de considérer des perspectives prenant en compte d'autres niveaux d'explications que les signes et les symptômes. Il existe en effet des perspectives de la psychiatrie qui intègre des éléments culturels ou sociaux, et d'autres des éléments biologiques et physiopathologiques. De telles perspectives ne sont pas à proprement parler des classifications à part entière, et peuvent ainsi être désignés comme des *modèles*. Nous définissons un modèle comme un objet qui peut être utilisé par un observateur de phénomènes psychiatriques pour répondre à ses questions. Plus précisément, en suivant Minsky, nous définissons un modèle ainsi : « Pour un observateur B, un objet A\* est un modèle d'un objet A, dans la mesure où B peut utiliser A\* pour répondre à des questions qui l'intéressent au sujet de A » [45].

Trois types de perspectives (ici des modèles) peuvent être cités dans le cadre de l'étude du pluralisme nosologique en psychiatrie. Le premier est un modèle permettant d'intégrer la dynamique évolutive des troubles, correspondant aux modèles de stadification ; le deuxième correspond à un modèle hiérarchique, la taxonomie hiérarchique de la psychopathologie (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP*) ; le troisième est un modèle neuroscientifique, qui intègre de éléments dimensionnels, et intitulé « projet *Research Domain Criteria* » (RDoC). Par la suite, dans la seconde partie, nous nous appuyerons sur ces trois modèles pour montrer en quoi ils reflètent la pensée de Jean Garrabé.

### 2.1. *Dynamique et modèles de stadification*

Le premier modèle témoignant de la diversité des facteurs pris en compte en psychiatrie correspond aux modèles de stadification (ou *staging*). Le développement de la littérature sur le staging comporte au moins deux étapes. Dans un premier temps, des questions sur l'apparition progressive de vulnérabilités se sont posées dans le cadre du développement de la médecine préventive (voir notamment les initiatives de McGorry au sein du *National Centre of Excellence*

in *Youth Mental* dans les années 1990) [42]. L'apparition et le développement d'un trouble à ses premiers stades présente en effet des enjeux majeurs. Un stade prépsychotique précoce pourrait par exemple, rétrospectivement, être qualifié d'ensemble de « prodromes », c'est-à-dire de signes et symptômes précurseurs d'un stade psychotique. Ainsi, des interventions précoces ont été développées ces dernières années pour cibler les potentiels Ultra-Haut-Risque (UHR) de psychose, dans le cadre d'une médecine préventive (notion « d'anticipation ») et préemptive (notion de « menace réelle et proche »).

C'est avec au moins les travaux de Kraepelin en 1896 que le concept de stadification a été introduit en psychiatrie. Ses observations suggèrent que la distinction entre différentes étapes de gravité pourrait aider à valider les diagnostics psychiatriques [18]. Par la suite, tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, des chercheurs se sont intéressés à cette thématique, sans pour autant qu'un modèle systématique émerge (voir par exemple *The Early Symptoms of Schizophrenia* de [10]). L'intuition clinique de Kraepelin ne s'est concrètement réalisée qu'un siècle plus tard, avec Fava et Kellner, qui ont attiré l'attention, en 1993, sur le fait que la stadification constituait une « dimension négligée de la classification psychiatrique » [21].

C'est enfin avec McGorry, Hickie et Yung, (par exemple, [31]), que les modèles de stadification ont été formalisés et opérationnalisés en psychiatrie. Les caractéristiques de tels modèles de stadification présentent des similitudes avec les modèles développés en neurologie, par exemple autour de la maladie d'Alzheimer [52], mais aussi avec ceux développés en oncologie (avec notamment le modèle '*Tumour, lymph Nodes and Metastasis*' – TNM).

La notion de stadification part du constat que les troubles psychiatriques pourraient être mieux compris comme des sous-groupes d'éléments en constante évolution, plutôt que comme des catégories figées dans le temps [51,43]. La stadification correspond à la sous-classification des troubles (psychiatriques) selon la dynamique de leur progression. Par exemple, un stade à risque ou de latence peut évoluer vers un état prodromal, qui va évoluer vers un premier épisode clinique à seuil complet, et peut soit régresser au premier stade, soit progresser vers des manifestations plus intenses et/ou plus figées. Le principe de la stadification est donc de :

- i) diviser le cours des troubles psychiatriques en étapes reconnaissables qui reflètent l'histoire naturelle du trouble ;
- ii) découper cette histoire naturelle en étapes pertinentes pour le diagnostic, l'estimation du pronostic, la prédiction ou l'orientation des prises en charge.

Ces modèles se fondent sur deux thèses fortes : i) les troubles psychiatriques s'aggravent avec le temps ; ii) le traitement aux premiers stades de la maladie fournit de meilleurs résultats cliniques et fonctionnels qu'un traitement plus tardif. Pour conclure, l'intérêt des modèles de stadification est de fournir des sous-groupes *évolutifs dans le temps*, c'est-à-dire *dynamiques*

(puisque un patient appartenant à un stade « léger » peut passer à un stade « modéré » de son trouble).

## ***2.2. Hiérarchie et modèle de la taxonomie hiérarchique de la psychopathologie (HiTOP)***

Un deuxième modèle témoignant de la diversité des facteurs nosologiques correspond à la HiTOP. En 2017, le consortium dédié à l'avancement de la HiTOP a proposé de développer une taxonomie « fondée sur des données probantes, en mettant l'accent à la fois sur la fiabilité, la validité et la pertinence clinique » [38]. La HiTOP repose sur la validation de dimensions statistiques *hiérarchiques*. En effet, le projet HiTOP décrit les troubles psychiatriques selon un continuum de variations quantitatives qui peuvent être hiérarchisées en plusieurs spectres et dimensions. Cette hiérarchie comporte six niveaux : super-spectre, spectres, sous-facteurs, syndromes/troubles, traits et signes/symptômes [39].

La HiTOP est issue d'un consortium composé essentiellement de psychologues, et deux sources historiques pourraient lui être attribuées : la psychologie dimensionnelle et la nosologie quantitative [28]. Nous avons dit que la psychopathologie pouvait difficilement être « sculptée à ses articulations », c'est-à-dire séparée en catégories distinctes de manière naturelle [35,39]. La psychopathologie pourrait être mieux décrite quantitativement, selon une approche dimensionnelle (comme nous le verrons dans la section suivante). À travers la HiTOP, cette volonté de dimensionnalité a été proposée en évaluant les similitudes et différences entre différents éléments sémiologiques. Une telle évaluation passe par des analyses statistiques permettant le regroupement de la sémiologie en composantes et traits (dimensionnels), eux-mêmes regroupés en dimensions plus larges, de manière hiérarchique. Par exemple, l'intériorisation et l'externalisation constituent deux spectres confirmés de manière statistique par des analyses factorielles [1,20].

L'idée d'une telle hiérarchisation remonte au moins à Kraepelin, qui écrivait qu'il « est possible de classer simplement les maladies mentales en “aiguës” et “chroniques”, en précisant toutefois pour ces dernières à quel stade d'évolution on se trouve » – décrivant par là un des principes de la *Verlaufpsychiatrie*, c'est-à-dire la psychiatrie fondée sur l'étude de l'évolution des troubles. Il introduisait également l'idée d'une hétérogénéité des troubles en fonction de leurs différences de validités : en effet, Kraepelin avait établi une hiérarchie au sein de la nosologie psychiatrique, avec certains troubles comportant une forte validité pouvant être placés « en haut » de la hiérarchie, et d'autres, comportant moins de validité, plus bas dans la hiérarchie.

Dans la HiTOP, cette hiérarchie doit être visualisée de manière verticale : les signes et les symptômes sont au plus bas de la classification et le facteur p (le facteur désignant ce qui relève de la psychopathologie) est au plus haut. Plus les dimensions sont larges en remontant dans la hiérarchie, plus elles sont riches en termes de quantités de symptômes (par exemple, un syndrome peut contenir neuf symptômes, tandis qu'un spectre, plus haut dans la hiérarchie, contiendra tous les symptômes de tous les syndromes qu'il réunit). La comorbidité peut être accueillie en prenant en compte des dimensions « plus hautes ». De même, la finesse diagnostique peut être développée en plusieurs temps : un premier temps peut servir à classer le patient comme étant dans le spectre de la psychopathologie (avec le facteur p – par exemple, dans le cas d'une consultation d'urgence), tandis que plus tard dans le parcours de soin du patient, des dimensions inférieures pourront aider à préciser son diagnostic (par exemple, dans le cadre de l'évolution de son parcours institutionnel en centres spécialisés). Pour conclure, la HiTOP est intrinsèquement hiérarchique.

### **2.3. Dimensionnalité et modèle des *Research Domain Criteria* (RDoC)**

Le troisième modèle témoignant de la diversité des facteurs nosologiques correspond à l'initiative de 2009 de l'Institut national de la santé mentale des États-Unis (*National Institute of Mental Health* – NIMH), intitulée « Research Domain Criteria » (RDoC). Le projet RDoC permet aux chercheurs de présenter des conceptions expérimentales ciblant les dimensions fondamentales du fonctionnement mental, c'est-à-dire des domaines de recherche issus des neurosciences cognitives contemporaines. En effet, en 2013, Thomas Insel, alors directeur du NIMH, affirmait avec Cuthbert que l'incapacité du DSM à soutenir la recherche et à développer des traitements efficaces contre les troubles mentaux justifiait un changement de paradigme dans la classification psychiatrique [13].

Le projet des RDoC est neuroscientifique (plus loin, nous développerons ce que cet ancrage signifie, étant donné l'étendue du champ des neurosciences). Dès son introduction en 2009, il était présenté comme un « système de classification de la recherche » (ce qui pourrait être traduit par un système de classification « pour la recherche », ou même « en recherche ») permettant d'*expliquer* les troubles mentaux selon les principales dimensions de la neurobiologie et du comportement observable [14]. Le projet se présentait initialement comme une feuille de route cherchant à fournir un cadre dimensionnel pour les manifestations psychiatriques. Il repose sur l'identification de données probantes de différentes fonctions cérébrales, selon un système organisé en un certain nombre de niveaux d'explications. Par

exemple, les RDoC proposent d'organiser la recherche psychiatrique sur des constructions neuroscientifiques spécifiques telles que « l'attention », « la perception », « la mémoire de travail » ou « le contrôle cognitif » [53], pour n'en citer que quelques exemples.

Comme l'écrivaient Cuthbert et Insel en 2013, le projet RDoC fournit « des dimensions biocomportementales fondamentales qui se déploient à travers les catégories actuelles de troubles » [15]. Donnons un exemple de la prise en compte de la dimensionnalité au sein des RDoC. L'irritabilité ne peut pas être étudiée de la même manière chez un jeune enfant que chez un sujet adulte – et l'identité même de ce qui est nommé « irritabilité » ne renvoie pas aux mêmes construits dans différentes classes de référence (voire ne sont pas de même nature). En réponse à cela, l'approche dimensionnelle des RDoC propose qu'une dimension donnée (par exemple le système de valence négative) soit adaptée à toutes les périodes de la vie [14]. Par exemple, l'élément de menace au niveau physiologique du système de valence négative (à savoir la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire) aurait une portée explicative identique pour le comportement du petit enfant et de l'adolescent. Autrement dit, les dimensions des RDoC intègrent la composante temporelle et évolutive du patient en s'appuyant sur son aspect dimensionnel. Dans ce sens, les RDoC revendiquent pouvoir modéliser certaines étapes du neurodéveloppement [9].

La dimensionnalité peut également être explorée au travers des relations entre biologie et environnement. Par exemple, le projet européen PRISM (pour *Psychiatric Ratings Using Intermediate Stratified Markers*) cherche à explorer les aspects du comportement social et de la cognition sociale [14] en s'appuyant sur le projet RDoC (et plus particulièrement sur la dimension des processus sociaux). Le projet PRISM est un programme de recherche financé par la *European Union's Innovative Medicines Initiative* [51]. Il repose sur le cadre des RDoC pour identifier des marqueurs sociaux, et les relier aux déterminants biologiques. En pratique, il s'agit donc de produire des études qui s'appuient sur plusieurs catégories diagnostiques traditionnelles, afin de relier des mesures biologiques avec des mesures comportementales et d'auto-évaluation. Ces études mettent en relation des marqueurs *cérébraux* impliqués dans des comportements *sociaux* – qui sont tous deux des *continua* (dimensionnels).

Prenons un troisième exemple d'étude de la dimensionnalité. Dans le cadre de la schizophrénie, une des possibilités offertes par les RDoC est de décomposer les comportements « extérieurs » de la personne en différents niveaux d'analyse : troubles du langage, hallucinations visuelles, troubles du fonctionnement cognitif, difficulté d'organisation ou de motivation. Pour chaque groupe de patients, cette décomposition des comportements est « codée » dans un modèle génétique (par exemple, le syndrome de Williams-Beuren est dû à

une microdélétion chromosomique située dans la région 11q.23 d'un des deux chromosomes 7, impliquant la dimension du processus social de la matrice RDoC au niveau de la génétique), une modification moléculaire et cellulaires (par exemple, l'acétylcholine est une molécule pouvait être liée au comportement social de stress impliquant le système de valence négative de la matrice RDoC), une activité des circuits de la connectivité cérébrale (par exemple, les états de dissociation ou d'hypervigilance peuvent impliquer le réseau du mode par défaut, impliquant le construit de l'attention dans le domaine du système cognitif de la matrice), etc. Tous ces niveaux correspondent aux unités d'analyse de la matrice RDoC et ils intègrent des éléments de différentes natures, et intrinsèquement dimensionnels.

## **Partie II : trois caractéristiques présentes au sein des différentes perspectives : dynamique, hiérarchie, dimensionnalité**

Nous avons vu dans la partie précédente que trois modèles différents pouvaient fournir au moins trois caractéristiques à la nosologie psychiatrique : la dynamique, la hiérarchie et la dimensionnalité.

Dans cette partie, nous allons comparer ces trois caractéristiques avec la pensée de Jean Garrabé. Nous verrons que de telles caractéristiques permettant de raffiner la compréhension pluraliste de la psychiatrie. Nous développerons ainsi la dynamique (des symptômes), l'importance de la hiérarchisation, et la dimensionnalité au regard de l'œuvre de Jean Garrabé.

### **1. Jean Garrabé et l'importance de la dynamique des symptômes**

Jean Garrabé a influencé et contribué à la construction de la CFTM-EA et de la CFTM-R (classifications désignées par la suite par l'acronyme « CFTM-EA/R »). Au sein de celles-ci, on retrouve en effet une forme d'anticipation des modèles de staging, qui soulignent la dynamique des troubles. On retrouve notamment dans l'Introduction de la CFTM-R un large champ lexical tendant à considérer la temporalité de la psychiatrie : les phénomènes psychopathologiques « évoluent dans le temps », avec une « succession de prodromes », des « intervalles libres », des « périodes de stabilisation », et des « rechutes et nouveaux épisodes ».

Cette volonté de prise en compte de la dynamique des troubles n'est pas retrouvée uniquement au niveau des différents troubles et symptômes, de manière synchronique, mais également de manière diachronique. La CFTM-EA/R cherche en effet à prendre en compte *l'évolution du trouble d'un patient donné*, en considérant notamment l'évolution de ses

symptômes. Il est en effet probable que la tristesse de l'humeur qu'un individu a décrite dix ans auparavant n'ait que peu de points communs (en termes de structure comme de contenu) avec la tristesse de l'humeur décrite au moment de la consultation [4]. Cette manifestation aurait pu en effet être soumise à un ensemble de facteurs environnementaux et contextuels, qui modifient la description, le ressenti et le vécu, et sans doute la nature même de l'entité présentée comme une « tristesse », par un patient donné évoluant avec un trouble dépressif persistant (ou dysthymie). Une telle composante diachronique est décrite en ces termes dans l'Introduction de la CFTM-R : « Les troubles mentaux [sont en] constant remaniement avec l'apparition de nouveaux symptômes, et il peut être nécessaire de modifier la catégorie diagnostique initialement retenue en tenant compte des modifications sémiologiques constatées » [7,46]. Il est particulièrement intéressant de noter qu'en ce sens, la pensée de Jean Garrabé précède les capacités des modèles de stadification, qui n'intègrent pas de telle transformation phénoménologique au fil du temps (un symptôme reste identique à lui-même, bien qu'il puisse varier en intensité) [26].

De plus, ces modifications concernent ainsi non seulement la manifestation clinique (comme la tristesse de l'humeur), mais éventuellement la catégorie elle-même (comme le trouble dépressif persistant). On retrouve dans la pensée de Jean Garrabé une volonté de ne pas conserver une catégorie fixe au long de l'évolution du trouble d'un patient. Cette volonté est notamment mise en application par l'introduction de la « clause de non-exclusivité » de la comorbidité, qui permet dans les manuels de la CFTM-EA/R de conserver un noyau central stable pour un trouble, auquel s'ajoute des entités (comorbides) qui le recoupe.

On retrouve donc dans la pensée de Jean Garrabé une double dynamique (diachronique et synchronique), au niveau des manifestations comme des troubles.

## **2. Jean Garrabé et l'importance de la hiérarchisation de la psychopathologie**

De la même manière, les développements opérés par Jean Garrabé, notamment exemplifiés au sein de la CFTM-EA/R, possèdent certaines similarités avec l'aspect hiérarchique de la HiTOP. Notamment, la CFTM-EA/R a proposé d'introduire un « code zéro », qui permet de fournir un « diagnostic psychiatrique », sans plus de précision, notamment dans le but de différer l'étiquetage diagnostique (par exemple, dans le cadre d'une expertise pouvant venir par la suite pour un patient donné) [7,46]. On retrouve dans ce diagnostic « en deux temps » l'idée du facteur p, facteur (statistique) désignant ce qui relève de la

psychopathologie, mais ne se prononce pas plus précisément sur quel diagnostic doit être fourni au patient.

Une telle organisation n'est pas formellement retrouvée dans le DSM, qui ne propose que des catégories s'excluant mutuellement. Une telle organisation n'est pas retrouvée non plus chez Kraepelin qui, lui, admet explicitement n'avoir « pas construit de classification réelle et [s'être contenté] de simplement placer côte à côte un certain nombre d'images cliniques acquises empiriquement » [18].

Il y a donc dans la construction de la CFTM-EA/R une volonté de hiérarchisation des troubles, qui s'exprime par la volonté d'organisation structurelle des entités les unes avec les autres [47].

### **3. Jean Garrabé et l'importance de la dimensionnalité**

Enfin, la pensée de Jean Garrabé se décale de la volonté d'une critériologie descriptive, telle qu'elle est par exemple proposée dans les différentes versions du DSM.

Jean Garrabé propose de considérer en clinique une « intuition clinique globale », ou *Gestalt* [24]. Cette dernière constitue une approche de la psychiatrie qui cherche à ne pas dissocier les différents éléments constitutifs d'une même condition. Par exemple, elle n'isole pas les fonctions exécutives neuropsychologiques de la souffrance décrite subjectivement par le patient. De même, une telle intuition clinique se concentre sur l'expérience de l'individu dans son contexte environnemental et social, en considérant la situation dans sa globalité [50]. Par exemple, la notion préopératoire de schizophrénie peut être considérée au prisme du *praecox feeling* (ou sentiment précoce), décrit dans la littérature phénoménologique comme un sentiment caractéristique de malaise ou d'étrangeté ressenti par le soignant en psychiatrie lorsqu'il rencontre une personne atteinte de schizophrénie [48,50]. En partant de la notion de *Gestalt*, le clinicien peut alors s'appuyer sur des éléments comme la perte d'évidence naturelle ou de la compréhension de soi [5], ou concevoir certains troubles de manière holistique, par exemple comme un trouble de la *structure intime*, pour reprendre le terme de Minkowski au sujet du trouble du spectre de l'autisme [44].

Cette volonté de ne pas directement considérer la classification comme un support fournissant des critères formels, mais comme un outil permettant avec souplesse de soutenir la réflexion du clinicien, s'exprime à travers les éléments dimensionnels qu'elle amène. En effet, les éléments phénoménologiques que nous venons de citer, permettant la reconnaissance d'une *Gestalt*, s'inscrivent sur un continuum dimensionnel – du *praecox feeling* au sentiment



d'étrangeté, ces éléments ne sont pas catégoriels et dichotomiques, mais sont ressentis ou éprouvés sur un continuum du normal au pathologique.

Ainsi, à l'image des RDoC sur le plan physiopathologique, il existe un fort intérêt de la nosologie française pour « la caractérisation du diagnostic psychopathologique [...] fournie par l'analyse des hypothèses de fonctionnement pathologique » [34]. En ce sens, la prise en compte de la psychopathologie passe par l'étude de ces fonctionnements sous-jacents (qu'ils soient phénoménologiques ou physiopathologiques).

De fait, on retrouve dans la pensée de Jean Garrabé et dans la structure de la CFTM-EA/R une intégration de la dimensionnalité, et notamment au niveau des manifestations cliniques et de la phénoménologie.

### **III. Conclusion**

Les pistes ouvertes par Jean Garrabé sur les perspectives (et classifications) psychiatriques confirment l'existence d'une continuité entre sa pensée et les enjeux nosologiques contemporains. De tels enjeux sont actuellement saillants dans les réflexions sur la construction et l'utilisation des classifications psychiatriques contemporaines.

Au sein des classifications de l'astrophysique, on distingue deux couches nosologiques : la première est empirique, et repose sur certaines caractéristiques stables et fiables entre communautés scientifiques, permettant d'établir une bonne communication entre spécialistes ; la seconde est une couche de « calibration » qui varie, en périphérie de la première, selon les raffinements des perspectives et des nouveaux modèles – ajoutant des éléments plus ou moins instables en ce qui concerne les objets qui sont décrits dans les classifications. De la même manière, en psychiatrie, la prise en compte de la dynamique des symptômes, de la hiérarchie et de la dimensionnalité constitue une « calibration périphérique » de la discipline, constituant un ensemble de raffinements soutenant les nosographies telles qu'elles sont actuellement déployées. Ces raffinements périphériques ne peuvent coexister que du fait de l'acceptation d'un pluralisme pour la psychiatrie.

**Conflit d'intérêt :** Aucun

#### **Références**

[1] Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied* 1966;80:1–37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>.

- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
- [3] Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:433–46. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70239-2](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70239-2).
- [4] Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press; 1996.
- [5] Blankenburg W. *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Presses universitaires de France; 1991.
- [6] Bolton D, Gillett G. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease : New Philosophical and Scientific Developments*. Springer Nature; 2019.
- [7] Botbol M, Bursztejn C, Golse B, Portelli C, Misès PR. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: Classification psychopathologique et développementale. Correspondances et transcodage. CIM10. EHESP; 2020.
- [8] Cartwright N. *The Dappled World: A Study of the Boundaries of Science*. Cambridge University Press; 1999.
- [9] Casey BJ, Oliveri ME, Insel T. A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biol Psychiatry* 2014;76:350–3. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.01.006>.
- [10] Chapman J. The Early Symptoms of Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 1966;112:225–51. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.484.225>.
- [11] Corbally CJ. Close visual binaries. I - MK classifications. *ApJS* 1984;55:657. <https://doi.org/10.1086/190973>.
- [12] Craver CF. *Explaining the Brain*. Oxford: Oxford University Press; 2007. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199299317.001.0001>.
- [13] Cuthbert, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine* 2013;11:126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>.
- [14] Cuthbert. The PRISM project: Social withdrawal from an RDoC perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2019;97:34–7. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.08.006>.
- [15] Cuthbert. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>.

- [16] Dewey J. *Experience And Education*. Free Press; 1938.
- [17] Dupré J. *Are Whales Fish*. *Folkbiology*, MIT Press; 1999. P. 461–76.
- [18] Ebert A, Bär KJ. Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian J Psychiatry* 2010;52:191–2. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>.
- [19] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, NY) 1977;196:129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- [20] Eysenck HJ. *Types of Personality: A Factorial Study of Seven Hundred Neurotics*. *J Ment Sci* 1944;90:851–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.90.381.851>.
- [21] Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87:225–30. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03362.x>.
- [22] Fizeau H. *Institut de France, académie des Sciences* 1840:21.
- [23] Fried EI, Nesse RM, Zivin K, Guille C, Sen S. Depression is more than the sum score of its parts: individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychological Medicine* 2014;44:2067–76. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002900>.
- [24] Fried, Coomans F, Lorenzo-Luaces L. The 341 737 ways of qualifying for the melancholic specifier. *The Lancet Psychiatry* 2020;7:479–80. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30169-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30169-3).
- [25] Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspect Psychol Sci* 2013;8:651–62. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>.
- [26] Garrabé J. Approche historique des classifications en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 2011. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.03.002>.
- [27] Garrabé J. Langues et histoire de la psychiatrie. *Hist Psychiatry* 2014;25:422–30. <https://doi.org/10.1177/0957154X14546604>.
- [28] Gauld C, Giroux E, Micoulaud Franchi JA. Introduction à la taxonomie hiérarchique de la psychopathologie. *L'Encéphale* 2021.
- [29] Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine* 2011;42:903–20. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>.
- [30] Hearnshaw JB. *The Analysis of Starlight: One Hundred and Fifty Years of Astronomical Spectroscopy*. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 1990.
- [31] Hickie IB, Scott J, McGorry PD. Clinical staging for mental disorders: a new development in diagnostic practice in mental health. *Med J Aust* 2013;198.

- [32] James. Lecture II: What pragmatism means. *Pragmatism: A new name for some old ways of thinking*, New York, NY, US: Longmans, Green and Co; 1907. P. 43–81. <https://doi.org/10.1037/10851-002>.
- [33] Jaspers K. *General Psychopathology*. JHU Press; 1963.
- [34] Kapsambelis V. Interpréter le délire : sens et contre-sens. *Revue française de psychanalyse* 2013;Vol. 77:748–61.
- [35] Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications; 1975.
- [36] Kendler. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic–functional/hardware–software dichotomy with empirically based pluralism. *Molecular Psychiatry* 2012;17:377–88. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182>.
- [37] Khalidi MA. Carving Nature at the Joints. *Philosophy of Science* 1993;60:100–13. <https://doi.org/10.1086/289720>.
- [38] Kotov R, Waszczuk MA, Krueger RF, Forbes MK, Watson D, Clark LA, et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology* 2017;126:454–77. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- [39] Krueger RF, Kotov R, Watson D, Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ, et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018;17:282–93. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>.
- [40] Leonhard K. *Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology*. Springer Science & Business Media; 1999.
- [41] Lingiardi V, McWilliams N. *Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition: PDM-2*. Guilford Publications; 2017.
- [42] McGorry PD, Hickie IB. *Clinical Staging in Psychiatry*. Cambridge University Press; 2019.
- [43] McGorry, Keshavan M, Goldstone S, Amminger P, Allott K, Berk M, et al. Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:211–23. <https://doi.org/10.1002/wps.20144>.
- [44] Minkowski E. *La schizophrénie : psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris: Payot & Rivages; 2002.
- [45] Minsky M. *Matter, Mind and Models* 1965.

- [46] Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 Correspondances et transcodage CIM 10. 5<sup>e</sup> éd. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2012.
- [47] Perls FS, Hefferline R, Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New edition. Highland, NY: The Gestalt Journal Press; 1951.
- [48] Rümke HC. Das kernsymptom der schizophrenie und das "praecox-gefühl." Z Gesamte Neurol Psychiatr 1941;102:168–75.
- [49] Ruphy S. Scientific Pluralism Reconsidered: A New Approach to the (Dis)Unity of Science. University of Pittsburgh Press; 2017.
- [50] Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications: The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry: The Journal of Nervous and Mental Disease 1987;175:65–77. <https://doi.org/10.1097/00005053-198702000-00001>.
- [51] Shah JL, Scott J, McGorry PD, Cross SPM, Keshavan MS, Nelson B, et al. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. World Psychiatry 2020;19:233–42. <https://doi.org/10.1002/wps.20745>.
- [52] Sperling R. Functional MRI Studies of Associative Encoding in Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease. Annals of the New York Academy of Sciences 2007;1097:146–55. <https://doi.org/10.1196/annals.1379.009>.
- [53] Tabb K. Philosophy of psychiatry after diagnostic kinds. Synthese 2019;196. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1659-6>.
- [54] World Health Organization. International Classification of Diseases and related health problems : eleventh revision. 2019.

## **Abréviations**

**CFTM-EA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

**CFTM-R** : Classification Française des Troubles Mentaux Révisée

**DSM** : Diagnostic and Statistical manual of mental disorders

**HITOP** : Hierarchical Taxonomy of Psychopathology

**NIMH** : National Institute of Mental Health

**PRISM** : Psychiatric Ratings Using Intermediate Stratified Markers

**RDoC** : Research Domain Criteria