



**HAL**  
open science

## Pression des nouvelles mentalités sur le DSM -le cas des problèmes religieux ou spirituels

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan

### ► To cite this version:

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan. Pression des nouvelles mentalités sur le DSM -le cas des problèmes religieux ou spirituels. *L'Évolution Psychiatrique*, 2010, 75 (4), pp.549-563. 10.1016/j.evopsy.2010.09.002 . halshs-02137281

**HAL Id: halshs-02137281**

**<https://shs.hal.science/halshs-02137281>**

Submitted on 22 May 2019

**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.

# **Pression des nouvelles mentalités sur le DSM – le cas des problèmes religieux ou spirituels**

## **Pressure of new attitudes on the DSM - the case of religious or spiritual problems**

Renaud Evrard 1\* et Pascal Le Maléfan 2

1 Psychologue, CMP Adulte 1er secteur de Thionville, Doctorant en psychologie, Département de Psychologie, Laboratoire Psy-NCA (EA4306), Université de Rouen, 17, Rue Lavoisier  
F-76821 Mt-St-Aignan cedex

2 Docteur en psychologie, psychanalyste, Professeur de psychopathologie, Université de Rouen, 17, Rue Lavoisier, F-76821 Mt-St-Aignan cedex.

\* Auteur correspondant: M. Renaud Evrard  
adresse e-mail : [evrardrenaud@gmail.com](mailto:evrardrenaud@gmail.com)  
Tél : 06 71 18 81 86

Résumé : Les éditions successives du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) rythment l'histoire de la psychiatrie depuis 1980, avec à chaque fois une refonte des classifications. Les axes supplémentaires et les nouvelles catégories semblent davantage varier en fonction de négociations avec des corps sociaux que sur des bases scientifiques. Le DSM fonctionnerait alors comme le miroir psychologique de la société dans laquelle il se développe. Cette perméabilité aux attentes du champ social et aux pressions des nouvelles mentalités est examinée à travers la catégorie « problèmes religieux ou spirituels » créée dans l'édition du DSM-IV de 1994. Pressée par les arguments des tenants de la psychologie transpersonnelle, l'American Psychiatric Association a défini une catégorie d'expérience religieuse ou spirituelle pénible pouvant apparaître comme un trouble mental si elle est sortie de son contexte, mais qui ne serait qu'une « réaction normale » à ne pas attribuer à une pathologie. Les arguments des psychologues transpersonnels font ici l'objet d'une analyse critique. En définissant la normalité dans le rapport au religieux et au spirituel, le DSM a ouvert la porte à un ensemble d'expériences aux contours très flous dans un renversement important du rapport de la psychiatrie aux croyances. Mais on peut craindre que cet abord "dépathologisé" de ces expériences vienne conforter une économie psychique floutant la subjectivité au profit d'une centration narcissique sur des vécus fascinants.

Mots-clefs : Pathologie psychiatrique ; Nosologie ; DSM ; Religion ; Siritualité ; Diagnostic Différentiel ; Etude critique ; Etude comparative ; Psychologie transpersonnelle ; Ethnopsychiatrie

Abstract: Successive editions of the *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* punctuate the history of psychiatry since 1980, with each time a revision of classifications. The new axes and categories appear to vary depending on negotiations with social groups rather than on a scientific

basis. The DSM then operate as a psychological mirror of the society in which it develops. This permeability to social field expectations and to pressures of new attitudes is examined through the category "religious or spiritual problems" created in the edition of the DSM-IV 1994. Pressed by the arguments of proponents of Transpersonal Psychology, the American Psychiatric Association has defined a category of distressing religious or spiritual experience that may appear as a mental disorder when out of its context, but is merely a "normal reaction" not to evaluate as a pathology. The arguments of transpersonal psychologists are here the subject of a critical analysis. When defining normality in relation to religions and spiritualities, the DSM has opened the door to a series of experiences with blurred contours in a very important reversal of the relation between psychiatry and beliefs. But there is concern that this approach of these experiences without pathology could encourage a psychic economy with confusing subjectivity and a narcissistic focus on fascinating experiences.

Keys-words: Mental Disorder; Nosology; Diagnostic and statistical manual of mental disorders ; Religion; Spirituality; Differential diagnosis ; Transpersonal Psychology; Comparative study; Critical Study; Ethnopsychiatry

# **Pression des nouvelles mentalités sur le DSM – le cas des problèmes religieux ou spirituels**

## **Pressure of new attitudes on the DSM - the case of religious or spiritual problems**

### **1. Le DSM, entre science et société**

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [1]) en sera bientôt à sa cinquième édition. La publication du DSM-III en 1980 a constitué un incontestable tournant dans le discours de la psychiatrie, qui n'a pas été sans critiques de ses prétentions et implications en termes de psychopathologie [2]. La logique des derniers DSM engage l'appréhension des troubles mentaux dans un processus d'infinimentisation : elle incite à concevoir à jamais des axes supplémentaires et de nouvelles catégories. L'inflation des catégories diagnostiques (392 dans le DSM-IV) est toujours justifiée par un lourd appareil scientifique mis en avant par l'American Psychiatric Association (APA). Mais ces changements d'une édition à l'autre ne s'appuient généralement pas sur suffisamment de preuves empiriques, comme le pointent plusieurs critiques [3-4].

L'appareillage scientifique du DSM est considéré par certains comme de la poudre aux yeux, masquant le fait que « les catégories diagnostiques varient en fonction de négociations politiques au sein de l'APA » ([5], p. 300). L'aura scientifique des nouveaux outils statistiques spécialisés comme le coefficient Kappa, dont l'étalonnage reste très subjectif [5], vient masquer des pratiques opportunistes valorisant davantage la fiabilité d'un consensus à la validité d'une observation. Quelques précédents historiques, notamment lors des modifications des catégories concernant la psychopathologie de l'homosexualité ou le syndrome de stress post-traumatique, montrent qu'au lieu des études complémentaires censées trancher scientifiquement les débats, on constate l'importance de groupes de pression dans le processus de décision. Ceux-ci proviennent de tous les secteurs de la vie sociale : l'industrie pharmaceutique, les assurances, les regroupements de professionnels et les associations de patients ou de familles de patients (« d'utilisateurs »).

Malgré les critiques quant à sa scientificité, on peut aussi reconnaître dans le DSM un outil d'expression d'un savoir qui ne serait plus confisqué par un groupe fermé, mais qui se construirait dans des boucles d'interactions entre catégories sociales et catégories cliniques [6-7]. La nouvelle épistémologie du DSM fonde précisément sa légitimité sur sa capacité de produire un discours scientifique étroitement articulé aux attentes, aux besoins et aux pressions du champ social. Abbott ([8], p. 47) a montré que cette flexibilité par rapport aux souhaits des usagers améliore la compétitivité de la psychiatrie prise comme une profession parmi d'autres. Alors que l'évolution des mentalités a progressivement conduit à disqualifier la psychiatrie dans son droit à traiter de l'homosexualité, de la religion, etc., le DSM lui permet d'étendre son domaine cognitif, et donc sa « juridiction » ([8], p. 102), sur des champs où sa compétence est critiquée. Ce « pouvoir professionnel » est maintenu grâce à un savoir abstrait, un système de classification qui vient annexer des domaines de travail en les décrivant d'une manière telle qu'elle les construit comme siens [9].

Gansel et al. [10] rappellent que la réforme de la psychiatrie ayant conduit au DSM-III a été initiée par la psychiatrie nord-américaine alors qu'elle traversait une période de crise, qui se caractérisait par une remise en cause de ses savoirs, de ses savoir-faire, de son cadre éthique et de son autonomie. La faiblesse des consensus diagnostiques fut présentée comme la coupable de cette crise [5-6]. L'Etat fédéral, dans une exigence de clarification budgétaire, les organismes tiers-payants privés et les laboratoires développant des nouveaux produits psychotropes poussaient à l'homogénéisation des diagnostics [5]. L'American Psychiatric Association, prise entre ce malaise professionnel et les exigences des pouvoirs issus des champs sociaux, politiques et économiques, a promu une réforme du DSM censée redonner une légitimité à ses activités. L'introduction de la mathématisation [5, 10] et d'une nouvelle critériologie dite « athéorique » ont produit un savoir suffisamment inaccessible pour marquer une spécificité avec les secteurs d'activité limitrophes (psychologie aujourd'hui, clergé hier). Le rétablissement de la psychiatrie comme profession à l'assise sûre est ainsi passée par la « remédicalisation » de la discipline ([11], p. 227). « D'une certaine façon, le DSM se présente comme le miroir psychologique de la société dans laquelle il se développe. » ([6], p. 307). C'est une ouverture à une appréhension constructiviste du champ de la maladie mentale, laquelle rend notamment compte des épidémies et des disparitions du diagnostic de certains troubles en s'appuyant sur la notion de « niche écologique » et sur le caractère profondément négocié des entités psychiatriques [9, 12-14]. Car si le DSM affiche une volonté délibérée d'intégrer une composante politico-sociale dans le champ de la psychiatrie, cette perméabilité aux attentes du champ social vaut pour de nombreuses autres formes de classifications contemporaines.

## **2. La pression de la psychologie transpersonnelle**

C'est dans le cadre de ces réflexions que nous aimerions débiter l'analyse de la nouvelle catégorie « Problèmes religieux ou spirituels » (sous les références V62.89 pour le DSM-IV et Z71.8 pour l'ICD-10). Cette catégorie décrit des conflits avec des croyances, des pratiques ou des expériences liées à une institution religieuse ou à une spiritualité personnelle. Il s'agit, par exemple, d'expériences pénibles en rapport à la conversion à une foi nouvelle ; ou à la perte ou à la remise en cause de sa foi. Mais cette catégorie ouvre également un espace protégé aux « questions d'ordre spirituel qui ne sont pas nécessairement liées à une Église organisée [ou] à une institution religieuse » ([1], p. 152), ce à quoi certains discours, en France comme à l'étranger, ne manquent pas de faire correspondre aussi bien les croyances traditionnelles à la sorcellerie que les expériences paranormales [15]. L'intégration de cette nouvelle catégorie fait suite à des débats initiés par des cliniciens issus de la « psychologie transpersonnelle » dont les travaux tentent de subvertir les classifications de diverses expériences extrêmes ou insolites. Cependant, ceux-ci n'ont obtenu gain de cause qu'avec une rubrique marginale des classifications contemporaines. Mais il s'agit pourtant plus que d'une nouvelle péripétie illustrant la porosité de l'édifice des DSM : sans doute est-ce d'un renversement, décelable aux États-Unis mais aussi, déjà, en France, renversement qui cherche à promouvoir une nouvelle frontière entre le normal et le pathologique capable de transformer fondamentalement toute construction nosologique présente et à venir.

### **2.1 La psychologie transpersonnelle**

On doit le terme de « psychologie transpersonnelle » à un article de Carl Gustav Jung datant de 1917 [16]. Mais c'est bien aux États-Unis que ce courant de la psychologie va se développer dans les années 1960, comme quatrième force après la psychanalyse, le comportementalisme et la psychologie humaniste. Les points de vue « antireligieux » de Freud, Skinner ou Ellis servent souvent de lieux de démarcation [17]. L'accent est mis sur les états modifiés de conscience, le mysticisme comparé, la pensée et les pratiques orientales (yoga, méditation, etc.) et surtout des expériences dites « transpersonnelles », par lesquelles ce courant se nomme et se définit le mieux [18], ce que nous questionnerons plus loin. En France, le mouvement de la psychologie transpersonnelle est couramment associé au New Age, en raison d'apparentes dérives théoriques et thérapeutiques. Tandis qu'en Angleterre, la psychologie transpersonnelle possède depuis 1996 une section dans la British Psychological Society ainsi que des groupes de recherche universitaire (à Northampton et Liverpool John Moores ; idem dans plusieurs universités américaines). Il y aurait donc deux représentations possibles de ce courant, avec un pôle institutionnalisé critiquant parfois l'autre pôle populaire.

Avec sa méthodologie surtout phénoménologique et herméneutique, mais impliquant de plus en plus des expérimentations en laboratoire, la psychologie transpersonnelle a su s'imposer surtout du fait de son succès auprès du public américain. Dans les années 1980, l'un des auteurs phares, le psychiatre Stanislas Grof, fondateur de la thérapie par la respiration holotropique, a mis en place, avec son épouse Christina, le Spiritual Emergency Network (SEN) dont le nom joue sur l'équivoque américaine : « emergency » peut vouloir dire émergence et urgence [19]. Un nouvel axe différentiel fut proposé, allant de l'émergence spirituelle bien en phase avec le fonctionnement psychique de l'individu à une urgence spirituelle dans les cas de perturbations.

Le SEN était un réseau partant de l'Institut Esalen, en Californie, répandu ensuite dans tous les États-Unis<sup>1</sup>, où les personnes vivant des expériences transpersonnelles pouvaient trouver des praticiens de la santé ayant suivi des formations spécifiques leur permettant une écoute censée être plus ouverte et plus appropriée. Plus qu'une offre clinique spécialisée (comme, pour prendre un exemple, SOS-Victimes), le réseau était promu en tant qu'alternative au circuit médico-psychologique traditionnel. La psychologie transpersonnelle faisait son fer de lance d'une critique constructive de la délimitation entre le normal et le pathologique, en se décalant continuellement des autres disciplines parce qu'elle tentait d'inclure les modes de pensée extérieurs à l'Occident. De sorte que les méthodes de psychothérapie transpersonnelle incluent souvent des innovations (d'abord usage des drogues psychédéliques, remplacées ensuite par la respiration holotropique) ou des outils importés d'Orient (yoga, méditation, chamanisme), posant le problème d'un retour à une thérapie par la transe comme dans le mesmérisme et les néo-mesmérismes [20].

Le SEN s'essouffla au début des années 2000, même si chaque pays industrialisé conserve des sociétés dévouées à l'approche transpersonnelle<sup>2</sup>.

## **2.2 Les arguments de la psychologie transpersonnelle**

À partir de janvier 1991, les auteurs de la catégorie en question ont conduit une revue de la littérature recensant près de 300 articles, chapitres ou livres, dont 50 études empiriques ou

---

1 Mais qui n'eut que peu de succès avec ses antennes européennes, notamment en France où le « Spiritual Emergency Network France - Respiration holotropique » fut inscrit parmi les mouvements sectaires.

2 En France, l'Institut de Recherche sur les Expériences Extraordinaires (INREES) emprunte plus ou moins explicitement cette approche [15].

cliniques sur les problèmes religieux ou spirituels [21]. En décembre 1991, par l'intermédiaire du SEN, alors à l'apogée de sa popularité, ils soumettaient à la Task Force du DSM-IV le projet d'une catégorie sur les problèmes « psychoreligieux ou psychospirituels » [22]. Les arguments avancés<sup>3</sup> pour la prise en compte de cette nouvelle catégorie impliquaient [24] :

1. Une prévalence élevée des préoccupations ou problèmes religieux ou spirituels, telle qu'évaluée par sondages auprès des psychothérapeutes. Ainsi, 60 % des psychologues sondés disaient que leurs patients exprimaient leurs expériences personnelles en termes religieux, voire présentaient, dans au moins un cas sur six, des problèmes impliquant directement la religion ou la spiritualité [25].
2. Un manque de formation des professionnels pour faire face à ces problèmes.
3. Un principe éthique auxquels ont souscrits les psychologues américains qui les incitent à se tenir informés des facteurs sociaux ou culturels pouvant affecter le diagnostic et le traitement. Or, d'après Lukoff [26], les dimensions spirituelles et religieuses de la culture comptent parmi les facteurs les plus importants dans la structuration des expériences humaines. Des connaissances en ethnopsychiatrie ou en anthropologie clinique sur la diversité culturelle pourraient donc faire pencher un diagnostic, par exemple en reconnaissant dans certains comportements bizarres une expression acceptable et validée dans le sous-groupe culturel du patient.

La Task Force proposa en premier lieu de ranger cette catégorie dans l'axe I (trouble d'adaptation) et dans le code V (problème de phase de la vie ; problème d'identité). Les auteurs se braquèrent contre cette proposition qui n'aurait pas permis, selon eux, d'améliorer le diagnostic différentiel des problèmes religieux ou spirituels. Il fallait nécessairement montrer clairement l'extrémité non-pathologique du spectre de ces problèmes ([21], p. 436), de sorte que le déplacement de cette catégorie d'un axe majeur vers une rubrique marginale est déjà un coup de force. L'argument favori reposait sur une analogie de ces expériences avec les symptômes d'un « deuil non-complicé » : de même que, selon le DSM-III-R, le diagnostic d'épisode de dépression majeur ne peut être fait lorsque quelqu'un réagit au décès d'un être aimé, les séquelles, par exemple, d'une expérience de mort imminente ne constituent pas une preuve de trouble mental ([21], p. 436). Ces réactions à une menace pesant sur la vie seraient normales et prévisibles.

Il est facile de voir que l'analogie avec le deuil non-complicé exploite une faille de l'épistémologie du DSM : sa volonté d'objectiver des événements stressants, de rendre compte d'une causalité psychique purement efficiente. Ainsi le DSM prétend fixer la durée d'un deuil normal, graduée en fonction de la nature du lien affectif. Là où la variabilité de la subjectivité n'a plus court, c'est l'événement « réel » qui fait loi. L'analogie montre d'ailleurs très vite une de ses limites : l'expérience de mort imminente est bien un événement réel sur le plan psychique, mais son objectivation reste très limitée [27].

Cet argumentaire bien ficelé a pu profiter de la sensibilité du DSM aux pressions des corps sociaux. En janvier 1993, la Task Force approuvait la catégorie proposée en appliquant néanmoins de subtiles mais importantes modifications. En plus de la simplification des termes psychoreligieux et psychospirituels, deux exemples de problèmes religieux (les changements dans l'adhésion confessionnelle et l'intensification de l'adhésion aux pratiques religieuses et à l'orthodoxie) ainsi que les deux exemples de problèmes spirituels (expériences mystiques et expériences de mort imminente) furent retirés, pour des raisons évoquées plus loin. La

---

3 Les psychologues transpersonnels pouvaient s'appuyer sur des arguments qui avaient montré leur efficacité dans le domaine des soins infirmiers. Les revues de soins infirmiers psychiatriques (*mental health nursing*) discutaient déjà des facteurs religieux et spirituels plus facilement que les revues de psychiatrie et de psychologie [23]. Une catégorie de problèmes religieux ou spirituels y avait déjà émergé dans les années 80, probablement sous l'influence de la fondatrice américaine du soin infirmier moderne, Florence Nightingale, qui enseignait que la spiritualité était intrinsèque à l'expérience humaine et compatible avec la recherche scientifique ([17], p. 13).

nouvelle catégorie diagnostique ne correspond plus qu'à quelques lignes assez peu spécifiques :

#### Z71.8 Problème religieux ou spirituel

Cette catégorie peut être utilisée quand le motif de l'examen clinique est un problème religieux ou spirituel (par exemple, une expérience pénible en rapport avec la perte ou la remise en question de sa foi, des problèmes liés à la conversion à une foi nouvelle ou des questions d'ordre spirituel qui ne sont pas nécessairement liées à une Église organisée [ou] à une institution religieuse. ([1], p. 152)

Un autre changement concerne le code de la section qui s'est finalement appelée « Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique ». On trouve dans cette catégorie les problèmes banaux liés aux relations parents-enfant, d'autres problèmes liés aux étapes de la vie, dont justement le deuil « non-complicqué » faisant suite à la perte d'un être cher. Cette nouvelle appellation va de pair avec la reconnaissance du besoin de recourir à un diagnostic différentiel pour distinguer les problèmes, bénins ou graves, dignes d'intérêt clinique sans être pour autant des troubles mentaux. L'exemple donné par le DSM est celui d'un problème de couple qui s'ajoute à l'épisode de dépression majeure de l'un des partenaires. Cet appel à un nouveau diagnostic différentiel introduit subtilement une forme de clinique sans pathologie, car non seulement le DSM prétend codifier la psychopathologie mais il codifie aussi la normalité qui n'est pas seulement déduite par défaut. Il y aurait donc, à côté des troubles mentaux, des problèmes qui accompagnent des situations cliniques, mais pour lesquels on ne devrait pas diagnostiquer un trouble mental. Cela fait écho aux psychothérapeutes transpersonnels décrivant leur pratique comme un accompagnement face aux épreuves rencontrées, une catalyse de l'émergence spirituelle, qui se préservent bien de soigner une pathologie dont la résolution est attribuée aux ressources naturelles du patient [19]. Ce discours « désaxé » est très bien reçu par une population souhaitant échapper aux effets stigmatisants de la psychiatrie.

Les psychologues transpersonnels ne nient pas le chevauchement entre troubles mentaux et problèmes religieux ou spirituels (par exemple, Lukoff [28] a proposé le diagnostic d'expérience mystique avec caractères psychotiques). Mais c'est pour mieux prétendre que tout le savoir transpersonnel, puisant dans une érudition interculturelle inégalée, leur donne accès à des critères différentiels qui, pour prendre un exemple pratique, permettent de donner une issue heureuse à un « éveil de Kundalini », autrement relégué au destin négatif et iatrogène de son étiquette de schizophrénie ou de trouble bipolaire [28-30]. Ces psychologues sont alors enclins à proposer une seconde nosographie sur le modèle d'un cheminement spirituel, tel que le « processus d'individuation » de Jung, avec des risques identifiés comme « l'inflation de l'ego » par lequel une personne développe des croyances grandioses ou même des délires, en s'illusionnant sur son statut spirituel ([17], p. 39).

### 3. Critiques des arguments transpersonnels

Nous avons vu que les psychologues transpersonnels comparaient les expériences transpersonnelles aux deuils non-complicqués, plébiscitant un diagnostic dépendant du contexte. Cette analogie s'appuyait sur une faille du DSM qui consiste à accorder une primauté à la « réalité objective » et non à la « réalité psychique ». De la même façon, ces psychologues ont mis en avant la nécessité pour le DSM d'améliorer sa « sensibilité culturelle », ce qui allait de pair avec une présentation des « phénomènes transpersonnels » en tant qu'expériences n'étant pas pathologiques en soi, et relevant d'une dimension spirituelle dont la psychopathologie serait impropre à rendre compte. Ces arguments renvoient



également à des failles de l'épistémologie du DSM que nous allons à présent analyser.

### 3.1 La sensibilité culturelle

Avant même la publication du DSM-IV, de nombreux auteurs avaient appelé à une meilleure « sensibilité culturelle » du système de classification diagnostique [31-34]. Mezzich et al. [35] arguaient du besoin d'une prise en compte systématique des aspects culturels dans le développement d'un système de classification afin de moduler les diagnostics face à « la diversité ethnique croissante des patients ». Comme les appartenances religieuses ou les types de spiritualité font partie de ces différences culturelles, les psychologues transpersonnels ont aisément pu rapprocher leur problématique de cette revendication d'une meilleure « sensibilité culturelle » du DSM. Ce n'est pas un hasard si cette nécessité semble flagrante aux États-Unis où « la religion joue un rôle important dans la vie de la plupart des Américains, et influence souvent la façon dont les patients réagissent à leur maladie » ([36], p. 473), sans pour autant que cet aspect culturel soit pris suffisamment en compte sur le plan clinique.

L'équipe de conception du DSM-IV, plus précisément la commission spéciale Culture and Diagnosis Work Group, a donc reçu environ 700 propositions de « syndromes liés à la culture » (*culture-bound syndromes*) relatifs à des descriptions de maladies « exotiques », dont il n'est pas anodin qu'elles soient désignées dans le système nosographique occidental par leur dénomination indigène : amok et latah de Malaisie, koro des Malais et des chinois du Sud, windigo des indiens Algonquin du Canada, berdache des Indiens des Plaines, potlach de nombreuses ethnies indiennes d'Amérique du Sud, berserk des anciens Vikings, susto des Quechuas du Pérou, crazy-dogs des Indiens Crow, etc. Ces syndromes correspondent à des schémas locaux fréquemment rencontrés, similaires à ce que Devereux [37] appelait des « modèles d'inconduite » : « Les syndromes spécifiques d'une culture donnée sont généralement limités à des sociétés spécifiques ou à des zones de culture, et correspondent à des catégories diagnostiques locales et traditionnelles qui correspondent de façon cohérente à certaines observations et expériences répétitives, stéréotypées et perturbantes » ([1], p. 964-965). Le DSM-IV a finalement filtré ces propositions issues des travaux en psychiatrie transculturelle pour n'en garder qu'une liste restreinte de 25 ([1], p. 963-970). Le choix des 25 a été justifié d'une étrange façon : n'ont en effet été acceptés dans la liste finale que les syndromes qui avaient une chance d'être rencontrés sur le territoire des États-Unis ! Pourquoi cette restriction alors que le manuel a une prétention universaliste et est traduit dans un nombre important de langues ?

Les psychologues transpersonnels se sont saisi de cette tentation relativiste de la psychiatrie transculturelle en demandant que les conceptualisations diagnostiques du DSM soient sensibles à la religion et à la spiritualité spécifique du patient. Il est ainsi tout à fait justifiable, selon eux, d'identifier différemment la culpabilité d'un sujet mélancolique d'une culpabilité induite par un péché répondant à un schéma religieux particulier, même si toutes deux se fondent sur des principes hautement abstraits et aboutissent à des conduites apparemment inadaptées.

Toutefois, cette notion de sensibilité culturelle repose sur une logique qui, si elle était poussée à son terme, aboutirait à une refonte complète de la façon de classifier. Les ethnopsychiatres du Centre Georges Devereux l'ont bien compris : les syndromes liés à la culture sont dissimulés en annexe du DSM parce qu'ils font l'objet d'un compromis. Leurs formulations se basent sur une sélection minimale des implications du ressort culturel de la psychopathologie. En effet, l'architecture du DSM ne laisse place qu'aux contenus culturels sans toucher à la structure de leur symptomatologie. Intégrer ces deux aspects impliquerait en vérité de revoir chaque entité diagnostique à la lumière de la culture, à commencer par la

schizophrénie qui est « la psychose ethnique occidentale » par excellence pour Georges Devereux [38]. « N'aboutirions-nous pas nécessairement à une démultiplication extraordinaire des catégories rendant de fait tout manuel impossible – car des catégories culturelles, il faudrait les compter en milliers, autant que de langues ? » ([39], p. 18). Si les auteurs du DSM répètent à loisir que « les cliniciens doivent tenir compte des différences culturelles », ils n'expliquent jamais comment. Est-ce que le trouble s'originant dans une dynamique culturelle ne correspond plus aux catégories d'une psychiatrie biologique ? Cette question est porteuse d'une révolution interne, car « qu'est-ce qui permet, en l'absence de tout marqueur fiable – par exemple biologique – de distinguer les "syndromes liés à la culture" des autres ? » ([39], p. 19). Il y a bien des annonces fréquentes sur les découvertes génétiques, biologiques ou neurologiques des corrélats des troubles mentaux, mais les chercheurs savent encore qu'il ne s'agit que d'hypothèses de travail dont toutes les ambiguïtés n'ont pas été levées. Pour prendre l'exemple de la schizophrénie, le spécialiste Bentall [3] constate des problèmes lors de la définition de la schizophrénie pour la constitution de cohortes de patients. D'autres éléments laissent également penser que la schizophrénie n'est pas indépendante de la culture : surestimation du diagnostic dans les groupes culturels minoritaires ; différence qui va de 1 à 5 entre les taux de personnes considérées comme souffrant de schizophrénie en fonction de l'appartenance sociale ; meilleur pronostic de la schizophrénie dans les pays sous-développés... [39]. Bien qu'il semble légitime, l'argument de l'amélioration de la sensibilité culturelle dissimule une incompatibilité entre l'épistémologie actuelle du DSM et les théorisations de type ethnopsychiatrique. Le DSM n'élucide pas du tout la pratique clinique d'une différenciation des troubles mentaux selon les ressources culturelles, et il se pourrait même qu'il participe à embrouiller davantage les rapports entre psychiatrie et croyances. Ne suffit-il pas, pour poser le diagnostic de schizophrénie, que le clinicien repère un seul symptôme du critère A si « les idées délirantes sont bizarres » ([1], p. 335) ? En matière de sensibilité, le DSM ne propose que de lister des modèles d'inconduite locaux sans s'interroger davantage, et notamment sans retourner vers soi la question de syndromes liés à la culture.

### **3.2 Les phénomènes transpersonnels**

La psychologie transpersonnelle a constitué son objet à partir d'expériences restées en marge de la psychologie officielle. Ni la psychanalyse ni le béhaviorisme ne proposaient une appréhension "dépathologisée" des expériences de mort imminente, des sorties hors du corps, des vécus parapsychologiques, ou de la spiritualité en général. En rebaptisant « phénomènes transpersonnels » tout ce qui excède le spectre des vécus sains admis par la psychologie orthodoxe, la psychologie transpersonnelle a annexé un territoire qui l'a mise en première ligne de l'interface entre religion, paranormal et psychologie. Mais qu'est-ce que qualifie l'adjectif « transpersonnel », cet « au-delà de l'ego », sinon simplement une capture de certains objets par tout un appareillage de conceptions bigarrées, censées faire le pont entre l'Orient et l'Occident ?

Or, elle n'est pas la seule discipline à prétendre s'occuper de ces expériences. La psychologie religieuse dans la lignée de James [40] explore déjà la phénoménologie et l'herméneutique de tels vécus. La psychologie anomalistique [41] traite des croyances et des expériences paranormales afin de les expliquer par des hypothèses psychologiques. La clinique des « expériences exceptionnelles » (selon l'appellation internationale plus neutre) développe l'accueil et l'écoute des personnes qui n'intègrent pas certains de leurs vécus dans leur vision du monde, sans jugement psychopathologique prématuré, mais avec une visée thérapeutique et des outils cliniques standards [42-43]. Toutes ces sous-disciplines de la

psychologie sont en concurrence quant aux modèles théoriques et pratiques à appliquer à ces vécus.

Cela aide à comprendre pourquoi les psychologues transpersonnels ont choisi de décrire de façon nouvelle certains vécus comme les expériences de mort imminente ou d'enlèvements par les extraterrestres en termes de « problèmes religieux ou spirituels » [44]. Ils ont tirés ces phénomènes du côté de la mystique, de par leur quasi-ineffabilité et surtout leur impact sur l'individu. Ces expériences changeraient les individus en « expérienceurs », elles les transformeraient soudainement en des êtres plus spirituels (spiritual growth), provoqueraient des « chocs ontologiques » [45]. Dès lors, pourquoi condamner par la pathologisation ces humains ayant progressé sur l'échelle de l'évolution ? Ici ressortent certaines idées communes à la psychologie transpersonnelle et à la philosophie New Age célébrant l'avènement de l'ère du Verseau [46].

Or, que ces expériences soient en elles-mêmes « transpersonnelles » ou « transformatives », rien n'est moins sûr. Leurs effets sont difficilement détachables de la niche écologique où ces expériences prolifèrent. Par exemple, l'impact positif d'une EMI est loin d'être systématique, certaines expériences n'ont même pas d'impact du tout. On peut également suspecter que les questionnaires créés pour évaluer cette transformation performant en partie ce qu'ils viennent chercher. Enfin, il manque encore d'études pour comparer la part de poussée vers le changement due à l'EMI par rapport à l'impact d'une réanimation sans EMI [47].

D'une manière générale, ce discours prêtant aux expériences « transpersonnelles » la propriété intrinsèque de « transformer » l'individu ne résiste pas à une analyse psychologique de la narration de ces expériences. En effet, les répercussions d'une telle expérience sont davantage portées par le contexte de survenue de l'expérience, la vision du monde dans laquelle elle s'intègre ou ne s'intègre pas, et la signification que la personne lui attribue ([48], p. 228). Néanmoins, le discours des personnes vivant des expériences « transpersonnelles » est déjà imprégné de ces formulations servant à se placer dans un au-delà de la psychopathologie. Cela se constate dans les structures narratives utilisées qui anticipent déjà sur les réactions sceptiques des interlocuteurs, par exemple lorsque les « expérienceurs » présentent leur scepticisme antérieur, leurs doutes actuels et s'en tiennent à la factualité de leur vécu [49].

Les discours des psychologues transpersonnels et des « expérienceurs » se confortent l'un et l'autre en regard d'un autre discours négatif généralement partagé par la majorité du corps social et des psychopathologues. En effet, ce discours majoritaire énonçant un recouvrement entre les expériences transpersonnelles et les troubles mentaux va se transformer, au niveau social, en un ordre effectif du silence, dont on peut penser qu'il contribue à un isolement social ou une marginalisation. La censure viendra toucher au plus intime : si une personne se reconnaît une expérience exceptionnelle, elle saura que celle-ci vient révéler une perturbation de son esprit ([50], p. 191). Pour le sociologue Michael Schetsche, c'est cette raison et aucune autre qui fait le lit du mode d'expression contemporain de ces expériences, passant par cette stratégie consistant à assurer à l'auditeur que l'on vit des expériences exceptionnelles sans, précisément, être fou.

En somme, l'application d'une nosographie ne discriminant pas les expériences exceptionnelles qui contribuent à la psychopathologie et celles qui contribuent au bien-être psychologique va conduire, par une série de processus psychosociaux, à l'émergence d'un discours disqualifiant la psychopathologie dans l'abord de ces expériences. L'alliance entre les thérapeutes transpersonnels et leurs patients aboutit à cette proposition paradoxale d'une « bulle de non-droit psychopathologique » au sein d'un important manuel diagnostique. Toutefois, l'équipe du DSM-IV a décliné prudemment la proposition de classer les EMI ou les enlèvements extra-terrestres comme des exemples de problèmes religieux ou

spirituels. Au lieu d'exemples documentés bien que controversés, on trouve la notion floue et large au possible de « questions d'ordre spirituel ». La proposition était peut-être prématurée mais les études sur ces sujets se sont multipliées depuis 1994 [51-53]. Il semble maintenant acquis que les répercussions d'une expérience d'enlèvement par des extraterrestres prennent la même forme qu'un syndrome de stress post-traumatique [54]. Certains y voient là une preuve de la réalité de l'événement, prédite à rebours par les questionnaires du PTSD, car le DSM-IV laisse penser qu'aucun événement purement fantasmagorique ne peut à lui seul déclencher de tels symptômes. N'est-ce pas là encore un des meilleurs exemples d'une faille de l'épistémologie soutenant le DSM [55] ?

Le psychologue David Lukoff, professeur de psychologie à l'université de Saybrook à San Francisco et co-auteur de cette nouvelle catégorie, a bien expliqué ses ambitions pour le futur [26] : la porte ouverte dans le DSM-IV pourrait laisser entrer toute une gamme d'expériences aujourd'hui confondues avec des symptômes de maladies mentales : émergences spirituelles ; expériences mystiques ; adhésion à des sectes ; expériences parapsychologiques (voyance, prémonition, psychokinèse, etc.) ; expériences chamaniques ; expériences psychédéliques ; possessions... (cf. [21]). N'exemplifie-t-il pas lui-même cette vérité ? L'épisode psychotique l'ayant poussé à se prendre pour une réincarnation du Bouddha et du Christ en mission pour sauver le monde s'est naturellement résolu en quelques semaines sous forme d'émergence spirituelle ([17], p. 3). Pourquoi donc laisser les psychopathologues régir le transpersonnel ?

#### **4. Vers un nouveau régime de véridiction ?**

Ainsi, l'idée centrale est qu'une expérience spirituelle tumultueuse peut apparaître comme un trouble mental si elle est sortie de son contexte, mais qu'elle ne serait qu'une « réaction normale » qui n'est pas attribuable à une pathologie. En somme, les psychologues transpersonnels ont réussi à créer une zone de non-droit où ils ont pu faire entrer des expériences aux contours très flous. Cela fut fêté par certains comme une victoire qui pourrait impliquer un renversement important du rapport de la psychiatrie aux croyances religieuses et aux expériences spirituelles [26, 15]. Toutefois, il ne s'agit encore que d'un paragraphe de quelques lignes dans un ensemble de 1000 pages. Il possède néanmoins un impact sur la clinique, à travers la recherche, la formation et la pratique, sous couvert de l'acquisition d'une plus grande sensibilité culturelle. La psychologie transpersonnelle remporte-t-elle véritablement une victoire avec cette nouvelle sous-catégorie ou pourrait-on envisager qu'il s'agisse encore d'un « rachat de la concurrence » ([10], p. 500) permettant aux promoteurs du DSM d'avoir de quoi neutraliser le fond antipsychiatrique des conceptions transpersonnelles ? Même question avec un angle élargi : cette nouvelle sous-catégorie n'est-elle pas un pas de plus dans la médicalisation du religieux après des siècles de partage entre discours ecclésiastiques et classifications psychiatriques ?

Cette catégorie s'inscrit dans une tradition d'entités cliniques censées rendre compte d'épisodes comportant des symptômes similaires à la psychose mais ayant un destin potentiellement positif : la résolution de problèmes schizophréniques [56] ; la désintégration positive [57] ; la maladie créatrice [58] ; les voyages métanoïques [59] ; ou encore les états visionnaires [60]. Est-ce à entendre comme le fantasme d'un au-delà de la psychose, ou bien ces entités rendent-elles compte d'un écart entre clinique et nosologie ? Ces quelques entités viennent évoquer l'histoire des multiples interactions entre psychopathologie, religions ou croyances [61-63] qui se régleront difficilement dans quelques lignes situant les « questions d'ordre spirituel » dans une annexe de la classification des troubles mentaux. Les phénomènes religieux occupent une place qui reste à définir dans nos sociétés, et en particulier aux États-

Unis. L'évolution du rapport de la nosographie au religieux pourrait aussi être lue comme une évolution des dynamiques sociales, dont la psychologie transpersonnelle ne serait qu'un des porte-paroles, favorisée par sa place en lisière du monde académique.

On peut légitimement craindre que cet abord "dépathologisé" de ces expériences vienne conforter une économie psychique floutant la subjectivité au profit d'une centration narcissique sur des vécus fascinants. Roland Gori situe même le paranormal comme le symptôme par lequel le point de réel de la psychiatrie positiviste fait retour, comme « reste du foyer scientifique » ([64], p. 253). Il attribue ces expériences paranormales à une réapparition masquée de l'hystérie dans notre paradigme. La « modernité du démoniaque » [65] doit en effet beaucoup à la niche constituée par le retour de certaines pratiques parathérapeutiques performatives, comme la régression sous hypnose, en dépit des alertes données par les professionnels de la santé mentale [66-67].

Plusieurs indicateurs passés au rouge semblent montrer que la catégorie des expériences exceptionnelles bénéficie aussi de cette nébuleuse moderne du traumatisme, induite en partie par le DSM-III, après les épidémies des personnalités multiples [12], des faux-souvenirs d'abus sataniques [66], des enlèvements extra-terrestres [55], des « enfants indigos » comme réponse New Age à la psychopathologisation de l'enfance [68], etc. Ces expériences glissent dans les brèches d'un modèle syndromique où la névrose n'a plus sa place. Or, sans la névrose, le champ du traumatisme a subi « la fin du soupçon », comme l'évoquent Fassin et Rechtman [7], c'est-à-dire le passage d'un régime de véridiction impliquant l'hystérie, la mythomanie, la simulation, le fantasme, le transfert, la suggestion, à un autre régime où « ce qui provoquait la suspicion vaut aujourd'hui pour preuve » ([7], p. 16). Émergent alors de nouvelles « victimes », se réunissant en communauté – Internet aidant – où se recomposent de nouvelles formes de lien social, faisant pression sur les institutions médicales et exploitant des filons médiatiques autour du paranormal. Qu'on veuille dépathologiser la situation extrême d'une personne enlevée et manipulée par des extraterrestres ne devrait pas étonner : « la fin du soupçon a rendu nécessaire la mise en avant du seul caractère hors du commun de l'événement, pour mieux laisser apparaître le caractère précisément ordinaire de la victime » ([7], p. 144).

Fassin et Rechtman [7] font des constats similaires sans pour autant critiquer les catégories psychiatriques émergentes. Ils viennent repérer des dynamiques sociales sans condamner ce qui s'ancre dans la culture, surtout quand il s'agit d'une culture différente. L'emploi de leurs notions pour notre analyse critique du découpage de la psychopathologie ne correspond que partiellement à leur approche. Notre visée n'est pas de nous opposer à une culture en marche, mais de penser cette clinique transpersonnelle des expériences exceptionnelles qui se profile en se justifiant de ces aménagements des DSM [15]. Bien évidemment, le DSM n'est qu'une formulation des processus complexes qui viennent placer un trouble dans le registre du normal et du pathologique. Ce n'est pas le moindre de ses mérites que de nous avertir des évolutions des mentalités, et ce n'est pas anodin que le trait en soit encore grossi par des expériences qui constituent des marges de la psychopathologie clinique.

Toutefois, les questions soulevées par cette nouvelle catégorie du DSM ne doivent pas servir à évacuer la problématique des croyances et expériences exceptionnelles. Les psychologues transpersonnels n'ont pas tort d'invoquer leurs taux élevés de prévalence dans la population générale et le manque de formation des professionnels. Une personne sur deux rapporte avoir vécu une telle expérience au moins une fois dans sa vie [69, 41]. Les professionnels de la santé mentale discutent toujours des modèles permettant d'expliquer cette prévalence, soit en ayant recourt à un modèle pleinement dimensionnel de la schizotypie [70-72], soit avec les notions d'hallucinations et de délires non-psychotiques [73-75] sans qu'un consensus ne se soit encore dégagé. Il apparaît effectivement que jusqu'à 50 % des personnes

qui vivent ces expériences peuvent venir consulter un psychologue ou un psychiatre sans montrer d'autres signes de psychopathologie [42], ce qui implique de nuancer mais d'exclure leur abord psychopathologique. Le fait de vivre ces expériences serait un trait de personnalité comme les autres, disposé le long d'un continuum allant de la pathologie lourde à la bonne santé mentale [70-72]. De plus, l'abord clinique des expériences exceptionnelles se montre tout à fait compatible avec une psychothérapie classique [42-43]. Il n'est pas donc nécessaire d'exploiter, comme l'ont fait certains auteurs de la psychologie transpersonnelle, certaines des failles du DSM, où la disparition de la névrose participe d'un nouveau régime de véridiction.

## Références

- [1] American psychiatric association. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème éd. Paris : Masson ; 1998.
- [2] Maleval JC. Limites et dangers des DSM. *Evol Psychiatr* 2003;68(1):39–6.
- [3] Bentall RP. The classification of schizophrenia. In : Kavanagh DJ, editor. *The classification of schizophrenia*. Londres : Champan et Hall ; 1992, p. 23-44.
- [4] Clark LA, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification on psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Ann Rev of Psychology* 1995;46:121-53.
- [5] Kirk S, Kutchins H. Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de Penser en Rond » ; 1998.
- [6] Rechtman R. L'hallucination auditive : un fondement paradoxal de l'épistémologie du DSM. *Evol Psychiatr* 2000;65(2):293-309.
- [7] Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime. Paris : Flammarion ; 2007.
- [8] Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : The University of Chicago Press ; 1988.
- [9] Mancini S, editor. *La fabrication du psychisme. Pratiques rituelles au carrefour des sciences humaines et des sciences de la vie*. Paris : La Découverte, coll. « Recherches » ; 2006.
- [10] Gansel Y, Forgeard L, Danet F, Boussageon R, Elchardus JM. Réformer la nosographie psychiatrique par la mathématisation. *Evol Psychiatr* 2008;73(3):497-507.
- [11] Pichot P. *Un siècle de psychiatrie*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond ; 1996.
- [12] Hacking I. *L'âme réécrite : Essai sur la personnalité multiple et les troubles de la mémoire*. Paris : Institut Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond » ; 1998.
- [13] Hacking I. *Les fous voyageurs*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond ; 2002.
- [14] Borch-Jacobsen M. *Folies à plusieurs : De l'hystérie à la dépression*. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond ; 2002.
- [15] Allix S, Bernstein P, editors. *Manuel clinique des expériences extraordinaires*. Paris : InterEditions, coll. « Bien être psy » ; 2009.
- [16] Jung CG. *The Personal and the Collective (or Transpersonal) Unconscious*. In : Jung CG. *Collected Works of C.G. Jung*, vol. 7. 2e éd. Princeton : Princeton University Press ; 1966, p. 64-79.
- [17] Lukoff D. *DSM-IV Religious and Spiritual Problems*. 2001. Disponible en ligne : <http://www.spiritualcompetency.com/dsm4/dsmrsproblem.pdf>
- [18] Walsh RN, Vaughan FE. On transpersonal definitions. *J Transpersonal Psychology* 1993;25(2):125-82.
- [19] Grof S, Grof C, editors. *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a*

crisis. Los Angeles : Tarcher ; 1989.

- [20] Walsh RN, Vaughan FE. Au-delà de l'égo: Le tout premier bilan en psychologie transpersonnelle. Paris : La Table Ronde, coll. « Champ Psi » ; 1984.
- [21] Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(7):435-44.
- [22] Lukoff, D, Lu FG, Turner RP. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1992 ;180(11):673-82.
- [23] Weaver AJ, Flannelly LT, Flannelly KJ, Koenig HG, Larson DB. An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991-1995. *Issues Ment Health Nurs* 1998 ;19:263-76.
- [24] Lu FG, Lukoff D, Turner RP. Religious or Spiritual Problems. In : Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA et al, editors. *DSM-IV Sourcebook*, Vol. 3. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 1997. p. 1001-16.
- [25] Shafranske E, Maloney HN. Clinical psychologists religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy* 1990;27:72-8.
- [26] Lukoff D. From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category. *J Humanistic Psychology* 1998;38(2):21-50.
- [27] Blanke O, Dieguez S. Leaving body and life behind: out-of-body and near-death experience. In : Laureys S, editor. *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology*. Amsterdam : Elsevier ; 2009, p. 303-325.
- [28] Lukoff D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *J Transpersonal Psychology* 1985;17(2):155-81.
- [29] Grof S, Grof C. *The stormy search for the self*. Los Angeles : Tarcher ; 1990.
- [30] Agosin T. Psychosis, dreams and mysticism in the clinical domain. In : Halligan F, Shea J, editors. *The fires of desire*. New York : Crossroad ; 1992, p. 41-65.
- [31] Fabrega H. Psychiatric diagnosis: A cultural perspective. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:383-94.
- [32] Fabrega H. Commentary. Diagnosis interminable: Toward a culturally sensitive DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:5-6.
- [33] Kirmayer L. The place of culture in psychiatric nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(1):19-28.
- [34] Kleinmann A. *Rethinking psychiatry*. New York : Free Press ; 1988.
- [35] Mezzich J, Fabrega H, Kleinmann A. Editorial: Cultural validity and DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:4.
- [36] Waldfoegel S, Wolpe P. Using awareness of religious factors to enhance interventions in consultation-liaison psychiatry. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(5):473-7.
- [37] Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard ; 1970.
- [38] Devereux G. Les origines sociales de la schizophrénie, ou la schizophrénie sans larmes. *L'Information Psychiatrique* 1965;41(10):783-99.
- [39] Nathan T, Stengers I, Andrea P. Une ethnopsychiatrie de la schizophrénie ? *Ethnopsy* 2000;1: 9-43.
- [40] James W. *Les formes multiples de l'expérience religieuse*. Paris : Exergue, coll. « Les essentiels de la métapsychique » ; 2001.
- [41] Cardena E, Lynn SJ, Krippner S, editors. *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association ; 2000.
- [42] Belz M. *Außergewöhnliche Erfahrungen*. Göttingen: Hogrefe, coll. « Fortschritte der Psychotherapie » ; 2009.
- [43] Kramer WH, Bauer E, Hövelmann, GH, editors. *Clinical Aspects of Exceptional Human Experience. An Introductory Reader*. Utrecht : Stichting het Johan Borgman Fond ; 2011.
- [44] Ring K. *Projet Omega. Expériences du troisième type – N.D.E.* Paris : Editions du

- Rocher, coll. « Âge du verseau » ; 1994.
- [45] Mack J. Abductions : Human Encounters with Aliens. London : Simon and Schuster ; 1994.
- [46] Ferguson M. Les Enfants du Verseau (trad. établie par Guy Beney). Paris : Calmann-Lévy ; 1981.
- [47] Greyson B. Near-Death Experiences. In : Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S, editors. Varieties of anomalous experiences. Washington, DC: American Psychological Association ; 2000, p. 315-352.
- [48] Schäfer CS. Außergewöhnliche Erfahrungen: Konstruktion von Identität und Veränderung in autobiographischen Erzählungen [Thèse de psychologie]. Freiburg : université de Freiburg ; 2008.
- [49] Wooffitt R. Telling tales of the unexpected. The organization of factual discourse. Savage, Maryland : Barnes & Noble Books ; 1992
- [50] Schetsche M. Soziale Kontrolle durch Pathologisierung? Konstruktion und Dekonstruktion, außergewöhnlicher Erfahrungen' in der Psychologie. In : Menzel B, Ratzke K, editors. Grenzenlose Konstruktivität? Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven konstruktivistischer Theorien abweichenden Verhaltens. Opladen : Leske/Budrich ; 2003, p. 141-160.
- [51] Holden JM, Greyson B, James D, editors. Handbook of near-death experiences: Thirty years of investigation. New York : Praeger ; 2009.
- [52] Henry J, editor. Parapsychology: Research on Exceptional Experiences. London : Routledge ; 2005.
- [53] Irwin HJ, Watt C. An Introduction to Parapsychology, 5th ed. Jefferson, NC : McFarland ; 2007.
- [54] McNally RJ, Lasko NB, Clancy SA, Macklin ML, Pitman RK, Orr SP. Psychophysiological responding during script-driven imagery in people reporting abduction by space aliens. Psychol Sci. 2004 ;15(7):493-7.
- [55] Maleval JC. Une épidémie américaine. Le syndrome d'enlèvement extra-terrestre. In : Collectif. Le conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses. Paris : Agalma-Le Seuil ; 1997, p. 141-165.
- [56] Boisen AT. The exploration of the inner world. New York : Harper and Row ; 1962.
- [57] Dabrowski K. Positive disintegration. Boston: Little Brown ; 1964.
- [58] Ellenberger H. The discovery of the unconscious. New York : Basic Books, 1970.
- [59] Laing RD. Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall., London. In : Ruitenbeck HM, editor. Exploring Madness. Monterey, CA : Brooks/Cole ; 1972, p. 113-121.
- [60] Perry J. The far side of madness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall ; 1974.
- [61] Gumper S. L'expérience mystique, entre réalisation ultime et folie : analyse épistémologique et psychopathologique (1789-1980) [Thèse de psychologie]. Strasbourg : université Louis Pasteur ; 2008.
- [62] Guillemain H. Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939). Paris : La Découverte, coll. « L'Espace de l'Histoire » ; 2006.
- [63] Le Maléfan P. Folie et spiritisme. Histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, 1850-1950. Paris : L'Harmattan, coll. « Psycho-logiques » ; 1999.
- [64] Gori R, Del Volgo MJ. Exilés de l'intime. Médecine et Psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Paris : Denoël, coll. « Médiations » ; 2007.
- [65] Maleval JC, Charraud N. Modernité du démoniaque. Psychologie clinique 1997;4:117-30.
- [66] Loftus E, Ketcham K. Le syndrome des faux souvenirs. Paris : Exergue ; 1997.



- [67] Lilienfeld SO, Lynn SJ, Lohr JM, editors. Science and pseudo-science in clinical psychology. New York : Guilford Press ; 2004.
- [68] Evrard R, Le Maléfan P. Une marge de la psychopathologie contemporaine : les enfants indigos. *Inf Psychiatr* 2010 ;86 (5) : 413-21)
- [69] Ross CA, Joshi S. Paranormal Experiences in the General Population. *J Nerv Ment Dis* 1992;180(6):357-361.
- [70] Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Pers Ind Diff* 2007;43(7):1908-16.
- [71] Goulding A. Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Pers Ind Diff* 2004;37(1):157-167.
- [72] Goulding A. Healthy schizotypy in a population of paranormal believers and experiencers. *Pers Ind Diff* 2005;38(5):1069-83.
- [73] Askenazy F, Dupuis G, Dor E, Lestideau K, Meynadier A, Myquel A. Clinique des hallucinations auditives chez l'enfant non-psychotique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009 2;57(1):25–31.
- [74] Larøi F, Linden MVD. Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*. 2005 Nov ;43(11):1425-41.
- [75] Symann S, Hayez J. Hallucinations chez un enfant non psychotique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2008 2;56(1):27-31.

Il n'y a pas de conflits d'intérêt pour cet article.