



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Editorial

Turning certainties upside down: A homage to the work of Professor Robert L. Spitzer



Bouleverser les certitudes : hommage à l'œuvre du Professeur Robert L. Spitzer

Version anglaise

Robert Spitzer passed away on Christmas Day 2015. In the United States, he is considered one of the most influential psychiatrists of the 20th century. Born in White Plains, New York, in 1932, Robert Spitzer graduated from NYU School of Medicine in 1957. He spent his entire career in New York City, where he practiced and taught at Columbia University.

Trained in Freudian psychology, he initially focused his work on the theories of Wilhelm Reich. But by the early 1960s, he believed psychoanalytic concepts had to be reconsidered in the face of the development of psychopharmacology and the epistemological upheaval that followed. In his vision, psychiatrists had to embrace what would be a major challenge for the profession – returning to a medical approach to the diagnosis of psychiatric conditions.

In 1968, Spitzer developed a decision tree to organize clinical examinations. He subsequently became one of the four members of a steering committee for the Cross-National Project for the Study of the Diagnosis of Mental Disorders in the United States and the United Kingdom. He noted that the term “schizophrenia” was used much more extensively in the United States than in Europe [1]. Manic-depressive patients were probably overdiagnosed as schizophrenic across the Atlantic. In an attempt to harmonize diagnostic approaches, he participated in the development of the first psychometric tools that contributed to diagnostic orientation, such as the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and the Patient Health Questionnaire (PRIME-MD), and contributed to the development of quantitative psychopathology.

In 1973, Spitzer fought for the “depsychiatrization” of homosexuality in the second edition of the DSM. According to him, if the love of a person of the same sex was sincerely experienced, it could not be considered a mental disorder. He proposed drawing a distinction between egosyntonic homosexuality, which provoked neither internal conflict nor intrapsychic pain, and egodystonic homosexuality, which did. At the societal level, this step proved decisive for the legalization and recognition of the rights of homosexuals in the United States and, later, in Europe. At the same time, he regarded racist opinions as falling outside of the bounds of psychiatry but within those of political ethics and moral philosophy, by which they could be legitimately condemned.

In 1980, these groundbreaking positions were enshrined in the DSM-III, for which Spitzer, as chairman of the task force of the

American Psychiatric Association (APA), was the great architect. The DSM's atheorism, much criticized by advocates of “the clinic of the subject,” was rooted in the wish to liberate psychiatric nosology from the grip of analytical theories.

Spitzer believed that too much psychologizing of psychiatry could lead one to forget that there was no life of the psyche without the life of the brain. As Jean Delay wrote of the time when neurology and psychiatry were separated in France, “Psychiatry officially became independent from neurology, but mental life still depends on the nervous system and the brain's dictatorship. Not even an education minister can do anything about that” [2].

Promoting consensual, revisable, symptom-based diagnostic criteria that evolve with scientific knowledge – this was Robert Spitzer's credo [3,4]. This trend, initiated by the APA, was confirmed by the World Health Organization when it published the 9th and 10th editions of the International Classification of Diseases (ICD).

Like Churchill, who considered democracy the worst form of government except for all the others, Spitzer, along with Michael First, considered the DSM's atheoretical approach to be far from perfect but, without a doubt, the best among the alternatives [5]. From DSM-III to DSM-IV-TR, Robert Spitzer played a determinative role in the successive evolutions of the APA's diagnostic manual. Eventually, though, he came to acknowledge that the DSM could lead to misuse, notably the psychiatrization of normal human behaviors.

At the 2001 APA meeting, Spitzer presented the results of a telephone survey on “conversion therapy” offered to 200 gay and lesbian individuals. The publication of this preliminary study [6] was highly criticized because of its methodology. In 2012, Spitzer admitted this research contained major biases. He demanded the withdrawal of the article from the journal's archives; however, the editors refused to comply with his request.

More recently, as the preparation of the DSM 5 was under way, he undersigned, along several other prominent psychiatrists, a proposal to separate melancholia from the other depressive episodes [7]. From a clinical, pathophysiological, and therapeutic standpoint, this proposal challenged one of the pillars of the DSM, the unified model of depression. A few years earlier, also in preparation for the DSM 5, Spitzer advocated for more restrictive criteria for the diagnosis of post-traumatic stress disorder [8]. For him, using criteria that were too broad constituted an obstacle to clinical research.

Robert Spitzer's influence was considerable in the world of psychiatry. The criteria-based approach he and his colleagues in the APA proposed in the 1970s brought psychiatry back to the medical fold and opened a vast field of clinical and scientific research. All of this occurred in a world in which psychoanalysis had long been dominant and the winds of antipsychiatry were blowing. On a social level, Robert Spitzer contributed to lifting the veil of obscurantism that psychiatry had thrown over homosexuality, with the sinister complicity of certain psychoanalytic schools.

Taken as a whole, Robert Spitzer's work is an elegy to uncertainty in medicine and science, the type of uncertainty that spurs men and women to pursue discovery. This makes him one of the most eminent psychiatrists of the 20th century on both sides of the Atlantic.

Disclosure of interest

The authors declare that they have no competing interest.

Acknowledgements

The authors warmly thank Professor Pierre Pichot (Paris, France), for having reviewed this editorial dedicated to his colleague and friend Professor Robert Spitzer.

Version française

Robert Spitzer s'est éteint le jour de Noël 2015. Aux États-Unis, il est considéré comme l'un des psychiatres les plus influents du 20^e siècle. Né en 1932 à White Plains, dans l'état de New York, Robert Spitzer décroche son doctorat en médecine en 1957 à l'école de médecine de l'université de New York, ville dans laquelle il réalise toute sa carrière à l'université Columbia.

Formé à la psychopathologie freudienne, il s'intéresse initialement aux théories de Wilhelm Reich. Les conceptions psychanalytiques lui semblent, dans le tournant des années 1960, devoir être remises en question devant l'essor de la psychopharmacologie et les bouleversements épistémologiques qu'elle induit. Revenir à une démarche médicale dans l'approche du diagnostic en psychiatrie constitue pour lui un enjeu majeur.

En 1968, il élabore un arbre décisionnel visant à organiser l'examen clinique. Il participe ensuite à un comité pilotant le United States-United Kingdom Diagnostic Project. Il constate que la notion de « schizophrénie » aux États-Unis est beaucoup plus extensive qu'en Europe. Des patients maniaco-dépressifs reçoivent probablement outre-Atlantique des diagnostics de schizophrénie par excès [1]. Il participe alors à l'élaboration des premiers outils psychométriques contribuant à l'orientation diagnostique : comme le Mood disorder questionnaire (MDQ) ou le Patient health questionnaire (PRIME-MD) et contribue au développement de la psychopathologie quantitative.

En 1973, dans la deuxième édition du DSM (dont il est le secrétaire), Spitzer milite pour la « dépsychiatriation » de l'homosexualité. Selon lui, si l'amour d'une personne de même sexe est vécu sereinement, il ne peut être considéré comme un trouble mental. Il propose la distinction d'une homosexualité égosyntonique qui ne provoque ni conflit interne ni souffrance intrapsychique contrairement à l'homosexualité égodystosique. Sur le plan sociétal, cette étape se révèle déterminante pour la dépénalisation puis la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles aux États-Unis et en Europe. Parallèlement, il considère que les opinions racistes ne relèvent pas de la psychiatrie mais de l'éthique politique et de la philosophie morale selon lesquelles elles sont légitimement condamnables.

En 1980, ces prises de position extrêmement novatrices sont entérinées dans le DSM-III dont Spitzer est le grand architecte,

en tant que président de la task force de l'Association américaine de psychiatrie (APA). L'athéorisme du DSM, tant critiqué par les chantres de « la clinique du sujet », est fondé sur la volonté de libérer la nosographie psychiatrique de l'emprise des théories analytiques.

Psychologiser à outrance la médecine de l'esprit conduit à oublier qu'il n'y a pas de vie psychique sans vie cérébrale. Comme l'a écrit Jean Delay à l'époque où en France la neurologie et la psychiatrie ont été séparées : « la médecine mentale est devenue officiellement indépendante de la médecine nerveuse, mais la vie mentale continue de dépendre du système nerveux et de la pesante dictature du cerveau. Même un ministre [de l'éducation nationale] n'y peut rien » [2].

Promouvoir une critériologie diagnostique fondée sur des symptômes définis de manière consensuelle et révisable au gré de l'évolution des connaissances : tel est le credo de Robert Spitzer [3,4]. La démarche initiée par l'APA est confirmée par l'Organisation mondiale de la santé avec la publication de la Classification internationale des maladies (CIM)-9 puis de la CIM-10.

À l'image de Winston Churchill qui considère la démocratie comme la pire forme de gouvernement à l'exception de tous les autres, Robert Spitzer estime, avec Michael First, que l'approche du DSM est loin d'être parfaite mais reste sans doute meilleure que ses alternatives [5]. Du DSM-III jusqu'au DSM-IV révisé, Robert Spitzer joue un rôle déterminant dans les évolutions successives du manuel diagnostique de l'APA. Plus tard, il reconnaît certaines dérives du DSM, notamment la possible psychiatriation de comportements humains.

Lors du congrès de l'APA de 2001, Spitzer présente les résultats d'une enquête téléphonique sur les thérapies de « conversion » proposées à 200 personnes homosexuelles (hommes et femmes). La publication de cette étude préliminaire a fait l'objet de nombreuses critiques sur le plan méthodologique. En 2012, Spitzer déclare que ce travail comportait effectivement des biais importants. Il sollicite auprès de l'éditeur un retrait de l'article des archives du journal [6] dans lequel il avait été publié ; une demande qui fit l'objet d'un refus de la part des rédacteurs.

Dans le cadre de la préparation du DSM-5, il cosigne avec un aéroport de collègues prestigieux, un plaidoyer pour l'autonomisation de la mélancolie. Cette proposition remet en cause l'unicité de l'épisode dépressif caractérisé, un des piliers du DSM, pour des raisons cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques [7]. Quelques années plus tôt, toujours dans la perspective de la cinquième version du DSM, il défend une conception plus restreinte des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique [8]. Pour lui, un diagnostic trop extensif constitue une entrave à la recherche clinique.

Dans l'univers de la psychiatrie, l'influence de Robert Spitzer a été considérable. Dans le contexte de l'impérialisme de la psychanalyse et des vents contraires de l'antipsychiatrie des années 1970, l'approche critériologique qu'il a proposée avec ses collègues de l'APA, a remédicalisé la démarche diagnostique et a permis le développement de projets de recherche clinique et scientifique à grande échelle. Sur le plan sociétal, Robert Spitzer a contribué à lever le voile de l'obscurantisme qui était jeté jusque-là en psychiatrie sur l'homosexualité, avec la sinistre complicité de certaines obédiences psychanalytiques.

L'œuvre de Robert Spitzer dont l'esprit est un éloge de l'incertitude dans la démarche médico-scientifique, le hisse, de part et d'autre de l'Atlantique, au rang des psychiatres les plus éminents du 20^e siècle.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement le Professeur Pierre Pichot (Paris, France) pour avoir relu et donné son avis sur cet éditorial, dédié à son collègue et ami, le Professeur Robert Spitzer.

References

- [1] Crocq MA. Les principes du DSM. *Ann Med Psychol* 2014;172:653–8.
- [2] Delay J. La loi et l'exception. Un médecin face à son temps. Fonds d'archives Jean Delay, Bibliothèque Jacques Doucet (Paris).
- [3] Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773–82.
- [4] Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria (RDC). New York: Biometrics research, New York State Psychiatric Institute; 1975 [34 p].
- [5] First MB, Spitzer RL. The DSM: not perfect, but better than the alternative. *Psychiatric Times* 2003. Available online: www.psychiatrictimes.com.
- [6] Spitzer RL. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003;5:403–11.
- [7] Parker G, Fink M, Shorter E, et al. Issues for DSM 5: Whither Melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:745–7.
- [8] Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM 5. *J Anxiety Disord* 2007;21:233–41.

Marc Masson*
Clinique du château de Garches, 11 bis,
rue de la Porte-Jaune, 92380 Garches, France

Julien Cavanagh de Carvalho
State University of New York, Downstate Medical
Center, 450, Clarkson Avenue, 11203 Brooklyn,
NY, United States

* Corresponding author.
E-mail address:

marc.masson@clinique-garches.com (M. Masson)

Available online 1 April 2016