

**RENCONTRE DE LA PSYCHIATRIE
AVEC LA THÉORIE DES CATÉGORIES**

P. Marchais ¹

¹ Neuropsychiatre. Ancien chef du service de psychiatrie à l'Hôpital Foch (Suresnes).
C.I.R.I.P. (Centre International de Recherche Interdisciplinaire en Psychiatrie), Roskilde, Danemark.
33 rue Lacépède, 75005, Paris.

Il y a loin de la psychiatrie à la théorie des catégories. Leur rencontre s'est avérée néanmoins possible lors d'une progression naturelle des démarches cliniques. Une approche personnelle nous a ainsi conduit à passer d'une étude classique à une conception ensembliste, puis catégorique du trouble mental.

I- LA SITUATION RENCONTRÉE

La psychiatrie est une discipline **relativement récente**, fondée au début du XIX^e siècle par Pinel. Pour des raisons humanistes et socioculturelles, les troubles mentaux ont été considérés sous forme de maladies mentales.

Cette discipline est particulièrement **complexe**. Elle concerne **plusieurs champs d'étude** (psychique individuel, social, culturel). Ses **objets d'étude** sont différents (troubles apparents, profonds, relationnels), ses **modes de pensée** variés (linéaire causal ou circulaire en rétroantéroaction et en réseau), ses **outils** sont progressivement affinés (logiques naturelles, floues, logique de fonction, protologique...). Elle comporte près d'une **vingtaine de courants de connaissance et de nombreuses théories** qui s'opposent et se complètent, ainsi que de **multiples techniques psychothérapeutiques**.

Le **trouble mental**, est polymorphe et mouvant. Il comporte des composantes sensibles et affectives, ne pouvant être de ce fait réductible au seul formalisme. Il ne peut donc être saisi que par une connaissance approchée, des démarches logiques assez floues, des analogies, des métaphores et un langage souvent métaphorique.

La psychiatrie classique consistait à repérer et à décrire les troubles en réunissant des symptômes et une étiopathogénie dans une spatio-temporalité bidimensionnelle. Ainsi a-t-elle constitué des formes définies relativement stables: manie, mélancolie, schizophrénie, délires, etc. avec des variantes appelées formes cliniques.

Or, en 1950, en passant d'un service fermé d'hôpital psychiatrique à un service ouvert d'hôpital général nous avons pu nous rendre compte que les troubles mentaux se modifiaient et s'avéraient moins figés. Il fallait donc tenter de réduire la disparité des divers courants existants par une réorganisation interne de cette complexité existante. En ce sens,

une voie qualitative ensembliste unitaire nous apparut devoir être recherchée.

II- LE CHEMINEMENT SUIVI

Une étude dynamique et structurale a donc consisté à mobiliser la représentation de ces troubles à partir d'une recherche d'invariants fonctionnels et de leur combinatoire dans un monde virtuel pluridimensionnel. Elle a transformé les formes circonscrites en processus organisés en ensembles et sous-ensembles (excitation, dépression, déstructuration...). Le recours à une **grille d'observation** en niveaux subdivisés en sous-ensembles (somato-instinctif, émotivo-affectif et intellectuels) a donc été proposée (Figure 1). Les données cliniques schématisées recueillies sont inscrites en elle. Pour tenir compte de l'environnement, cette grille est intégrée à une échelle élargie comportant les divers milieux éducatif, social, culturel, voire physique. (Figure 2). Le **module** d'observation ainsi formé considère donc le psychisme comme un système. Il permet à partir de la clinique d'en extraire les grandes dynamiques structurantes: niveaux d'organisation, intégrations, communications, rétroactions, auto- et hétéro-organisations. Il permet ainsi de reformuler les troubles mentaux en processus et la psychiatrie sur un mode ensembliste et en proposant une nouvelle classification fonctionnelle des troubles. C'est **l'approche systémale**.

Cependant, des rigidités conceptuelles liées au modèle de référence ne permettant pas de traduire toutes les mouvances cliniques nous ont incité à recourir aux hyperensembles. Ainsi avons-nous pu envisager analogiquement des **hypersystèmes** qui offrent par exemple une meilleure compréhension de l'histoire complexe de la psychiatrie et de ses dynamiques sous-jacentes. Dès lors sont apparues deux grandes dynamiques croisées: celle de l'évolution des courants historiques et celle de l'approfondissement progressif de la connaissance allant de pair avec les abstractions (Figure 3).

Ceci nous a orienté vers un affinement des référentiels spatio-temporels en quadridimensionnalité, puis vers une approche fonctionnelle énergétique incitant à préciser la formation structurale de ces processus. Dès lors, nous avons été conduit vers des formes virtuelles de dysfonctionnements psychiques à partir de fonctions représentées graphiquement par un fléchage systémale.

III- LA JONCTION AVEC LA THÉORIE DES CATÉGORIES

L'idée de cette rencontre nous est apparue de façon analogique lors d'un exposé de A. C. Ehresmann et J.-P. Vanbremeersch sur la théorie des systèmes évolutifs à mémoire, et nous a permis d'enrichir l'approche systémale.

1- Application princeps.

Cette possibilité de rencontre s'est confirmée lors d'une application princeps sur les liens entre **l'angoisse et l'anxiété**. Cette question apparemment banale est en fait plus compliquée qu'il n'y paraît *a priori*. En effet, ces deux phénomènes sont au centre du fonctionnement psychique, et s'avèrent le substrat fonctionnel d'un ensemble de troubles plus complexes. Ils se distinguent, s'intriquent et s'engendrent mutuellement. Cette question ne fait d'ailleurs pas l'unanimité parmi les Écoles de psychiatrie qui les délimitent différemment.

Rappelons brièvement que l'École classique française a considéré l'angoisse, depuis la fin du XVIII^e siècle, comme une manifestation physique objectivable, alors que l'anxiété reste une manifestation psychique. Pour l'École psychanalytique freudienne, les deux composants du trouble ont été unifiés et sont passés sous le vocable unitaire d'angoisse (Angst). Pour l'École américaine contemporaine, l'anxiété s'est mélangée à l'angoisse au point que les modernes appellent anxiété l'angoisse physique des classiques (la crise de panique). Les limites entre ces deux phénomènes ont ainsi bougé. Les troubles sont toujours les mêmes, mais les modes de conceptualisation diffèrent. Or, une étude précise des données cliniques à la lumière des liens simples et complexes permet un schéma descriptif, dynamique et structural qui est beaucoup plus conforme aux réalités observées. Il est aisé d'y reconnaître la validité de la position de l'École française à la lumière de la théorie des SEM d'A. Ehresmann et J.-P. Vanbremeersch (Figure 4).

En outre, cette traduction de l'angoisse se complète aisément par celle de l'anxiété déjà moins élémentaire, car plus intégrée. Celle-ci fait intervenir d'autres facteurs originels possibles et suscite des liens plus complexes. Ainsi apparaissent dans le fonctionnement psychique des liens simples et complexes qui éclairent la structure d'autres troubles

mentaux (Figure 5).

2- Les outils

Le fléchage systémal traduit des fonctions représentatives de charges énergétiques locales. Il permet de schématiser les principales composantes, fonctions, et connexions du trouble. Il peut aussi rendre compte de ses possibilités évolutives, de ses mouvances et de ses transformations. Il permet même de les anticiper, contribuant à établir une *cartographie* des troubles dans un espace virtuel. Ainsi pouvons-nous construire des modèles réducteurs à visée opératoire sur lesquels le clinicien peut travailler et s'appuyer pour ses recherches, facilitant par là l'intelligibilité du réel.

Le tiers-inclus est un concept très controversé. Il a été évoqué depuis une cinquantaine d'années en logique par Lupesco, en physique quantique par Nicolescu, et en philosophie sous d'autres noms. En psychiatrie, à condition d'être conçu comme un principe et non comme un facteur déterminé, il permet d'avoir une attitude dynamique de recherche pour aborder les dysfonctionnements psychiques. Il fait partie de la démarche quotidienne du clinicien qui doit sans cesse s'enfoncer dans les profondeurs psychiques à la quête de facteurs méconnus. Tandis que le principe du tiers-exclu permet d'isoler des phénomènes de nature différente, celui du tiers-inclus vient le compléter en incitant le clinicien à préciser les dynamiques sous-jacentes méconnues du trouble et à mieux traiter le patient. Un exemple élémentaire en est la rencontre entre le clinicien et le patient qui fait apparaître des points de rencontre et de divergence qu'il convient d'élucider progressivement (Figure 6).

En effet, chaque point de divergence oblige à rechercher plus avant les raisons dynamiques et structurales susceptibles de les résoudre. On peut ainsi imaginer, par exemple, qu'une densification de dynamiques discrètes finisse par susciter une nouvelle fonction continue. Une suite d'analyses comparatives et différentielles de cas cliniques nous a ainsi conduit à admettre l'existence hypothétique d'un éventuel noyau fonctionnel central, régulateur en quelque sorte de noyaux régulateurs secondaires concernant les divers niveaux d'organisation psychique (Figure 7). Ainsi une analogie est-elle apparue avec le

noyau archétypal de la théorie des SEM d'A. Ehresmann et J.-P. Vanbremeersch.

Le processus décisionnel peut se préciser à partir de la situation d'ensemble à laquelle il appartient et qu'il contribue à créer. Celle-ci est constituée par les divers éléments où il intervient: monde clinique, observateur et patient, du fait de leurs relations internes, externes, et des interrelations (Figure 8). Il s'agit d'organiser cette complexité en la simplifiant pour permettre au clinicien de prendre la décision la plus judicieuse, afin d'harmoniser sa connaissance à la nature du problème à résoudre. Or, une analyse de tous les composants de ce processus nous a permis d'en isoler trois tracés élémentaires réifiables (modèle élémentaire, croisé, et complexe) (Figure 9) et d'établir un modèle général qui peut rappeler analogiquement celui des liens entre catégories (Figure 10).

3- Les troubles mentaux

Muni de cette représentation systémale et de ces outils, nous pouvons dès lors pénétrer davantage dans la compréhension de formes plus complexes de troubles mentaux

Les états mixtes posent ainsi un problème clinique qui n'a jamais été bien résolu. Pour les schématiser, nous pouvons dire que c'est l'intrication de deux maladies différentes et opposées, par exemple états dépressifs et d'excitation. Dans la conception classique, si la description de ces états est bien connue, il est plus difficile d'en concevoir la structuration. Leur représentation change toutefois du tout au tout si l'on envisage les niveaux de fonctionnement et leurs intégrations à partir de noyaux fonctionnels de régulation (central et par niveaux étagés). En effet, les troubles ont alors la particularité de toucher des niveaux d'organisation psychiques différents. Selon des activations et des inhibitions à tel ou tel niveau, des autorégulations locales différentes sont mises en cause et en rapport avec le noyau central. Lorsque ces noyaux régulateurs sont perturbés, ils ne permettent plus de rétablir l'équilibre général fonctionnel du système. Ainsi peut-on mieux saisir le fonctionnement apparemment contradictoire de tels états pathologiques. Ces derniers apparaissent alors plus cohérents quand on les envisage à partir de noyaux régulateurs hiérarchisés et de balancements possibles entre les divers liens étagés.

Les états atypiques, où une maladie en impose parfois pour une autre, peuvent être

conçus de la même façon. Par exemple, une schizophrénie peut fort bien n'être malgré les apparences qu'une forme maniaco-dépressive atypique si le trouble ne touche pas les régulateurs centraux. Sa spécificité apparente répond alors plus au mode de découpage conceptuel qu'aux réalités observées.

4- Les structurations psychiques complexes

Elles peuvent être aussi étudiées avantageusement à partir des dysfonctionnements psychiques, relevant d'un vaste réseau de dynamiques multiples. Elles concernent aussi bien les dynamiques psychiques les plus élémentaires et les plus fondamentales (comme le processus d'intégration de niveaux d'organisation différents, par exemple) que les plus vastes et les plus profondes (comme la conscience).

L'intégration concerne le passage du discret au continu par accumulation de fonctions répétitives au niveau sous-jacent. Un exemple en est fourni par les agoraphobies traumatiques. Ainsi un sujet traversant une rue perçoit inopinément une voiture surgir. Or, si la voiture arrive plus rapidement que prévu, le sujet a le sentiment de n'avoir plus le temps d'atteindre son objectif. La proximité du véhicule, la vitesse de ce dernier brusquement perçue, la brièveté du temps nécessaire pour réaliser l'évitement, sont autant de facteurs qui bouleversent les noyaux régulateurs habituels des émotions. Ceux-ci sont brusquement inhibés chez des sujets émotifs, provoquant alors une réaction neurovégétative brutale d'angoisse physique qui peut aller jusqu'à la sensation de se sentir mal ou de jambes bloquées. Un complexe dynamique énergétique soudainement formé enchevêtre l'angoisse physique, ses supports neurovégétatifs, la représentation imagée de la scène, de la rue, de la voiture, le sentiment de se faire écraser, et bloque quasiment le sujet sur place. Une réaction agoraphobique est ainsi constituée dans le vécu du sujet, restant inscrite en sa mémoire biologique et psychique. Elle est réactivée à la moindre analogie ou velléité d'avoir à nouveau à affronter la traversée d'une rue, et inhibe toute action éventuelle en ce sens. Les liens complexes ainsi créés ne peuvent plus être spontanément effacés par les centres régulateurs du patient et nécessitent alors une intervention thérapeutique pour rétablir des liens simples et naturels.

Ces liens complexes en réseaux peuvent être très schématiquement représentés par un ensemble de liens créés qui concernent non seulement les divers niveaux proximaux d'organisation psychique, mais aussi dans le désordre des niveaux éloignés (Figure 11).

La conscience est certainement le produit le plus complexe du fonctionnement de la pensée. Elle est composite, polymorphe, fluctuante, se présentant soit sous la forme de mouvements de pensée, continuum de flux énergétiques, soit sous celle d'un ensemble d'états vécus disparates peu cohérents. Elle recouvre ainsi aussi bien la pensée réflexive immédiate, les expériences vécues antérieures ou imaginaires à venir, les fictions, que les transcendances. Nous n'envisageons ici que sa forme réflexive qui peut être approchée par une démarche rationnelle. Celle-ci est envisagée à partir d'une logique de fonction, elle-même étant le produit d'une protologie qui adapte les phylums affectifs et rationnels en fonction de la nature de l'objet concerné. Cette logique de fonction permet à l'observateur de s'adapter spontanément à la forme (fondée sur des identités) et à la nature du contenu des objets considérés (fondée sur des analogies et des métaphores). La conscience réflexive apparaît ainsi l'effet d'un réseau sous-jacent qui peut être maillé par un fléchage systématique. Une confrontation dynamique permanente et évolutive d'une logique des formes et des contenus révèle ainsi un tissu de liens qui évoque une analogie avec un graphique d'ensemble rappelant des catégories. Cette hypothèse issue d'une recherche en cours est détaillée dans un ouvrage à paraître.

En conclusion, une rencontre entre la psychiatrie et la théorie des catégories a pu se réaliser dans un monde virtuel sur un mode évidemment analogique. Néanmoins, cette théorie incite à pénétrer davantage dans la structuration et le déterminisme des troubles mentaux et des outils d'observation. Elle permet ainsi d'ouvrir une ligne de recherche nouvelle dans le domaine particulièrement complexe des troubles mentaux et, par suite, de laisser espérer des traitements mieux ciblés et plus adaptés.

Dès lors, cette théorie convie la psychiatrie à un objectif voisin de celui du mathématicien qui est, selon Charles Ehresmann, de "comprendre la structure de toute chose", et à envisager une meilleure analyse des soubassements d'une interdisciplinarité qui

la concerne également.

Ci-après, les graphes cités dans le texte.

Figure 1

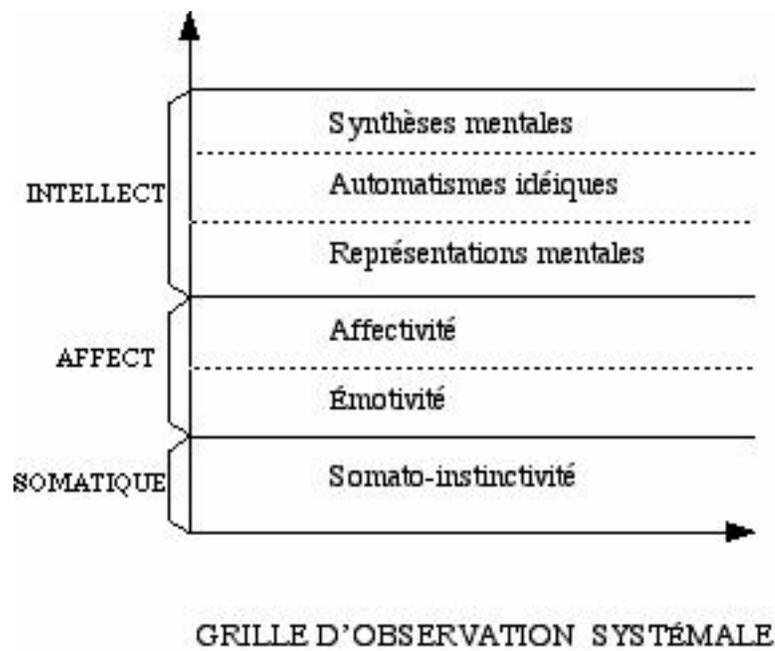


Figure 2

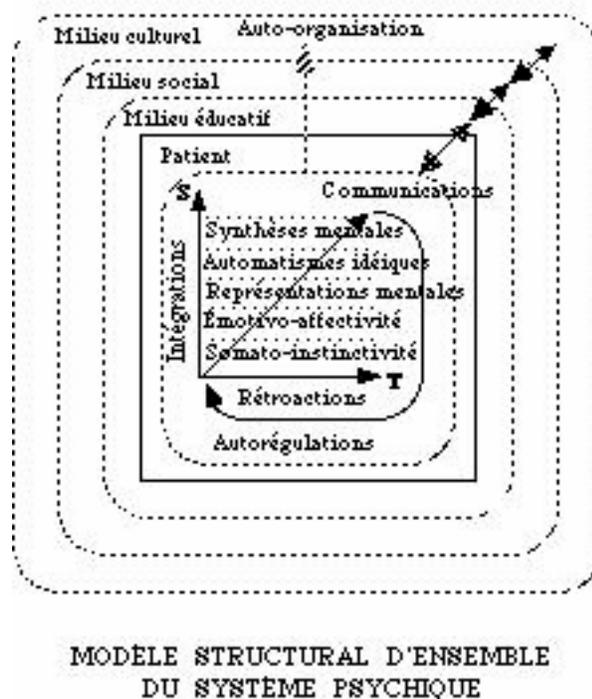


Figure 3

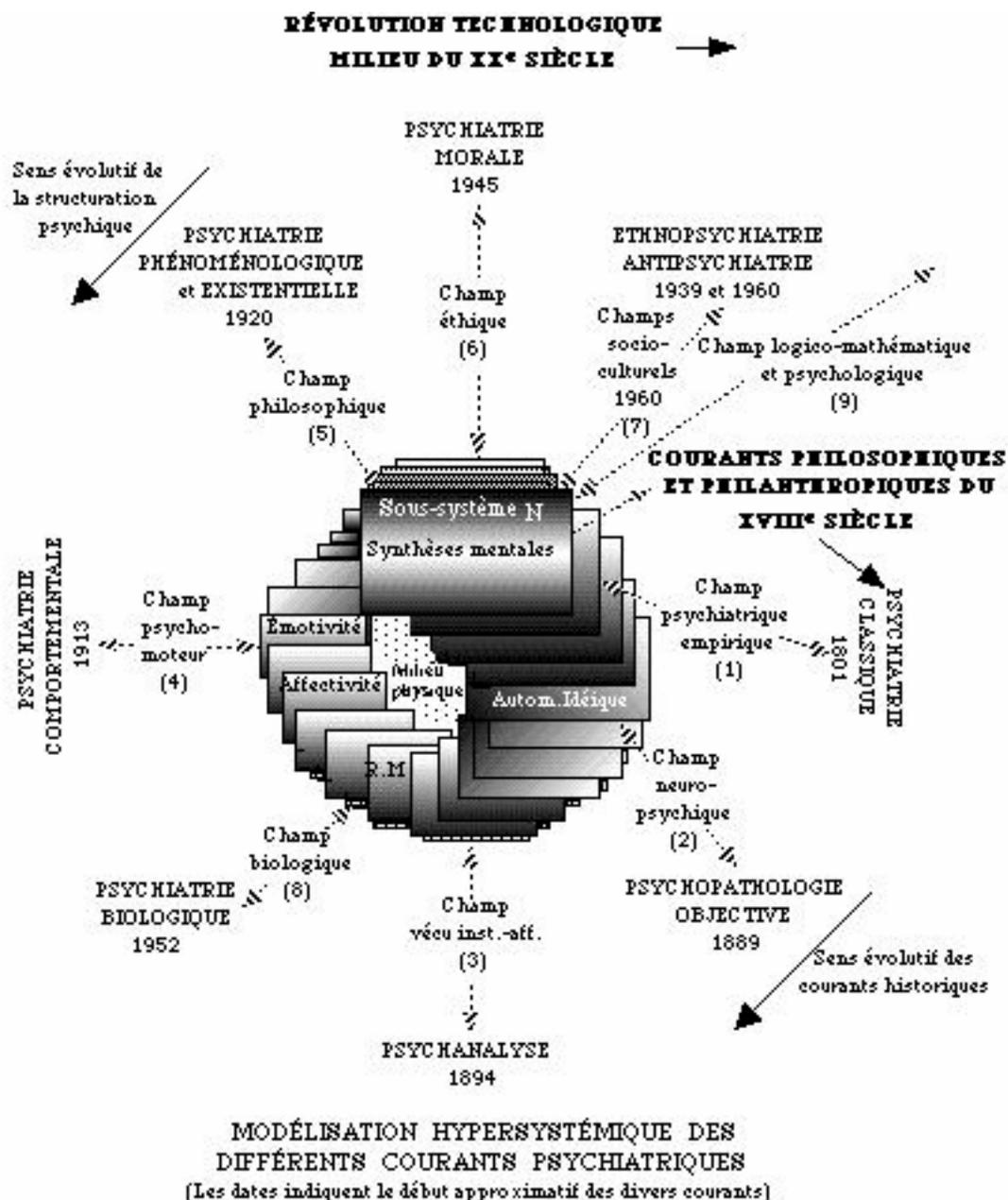


Figure 4

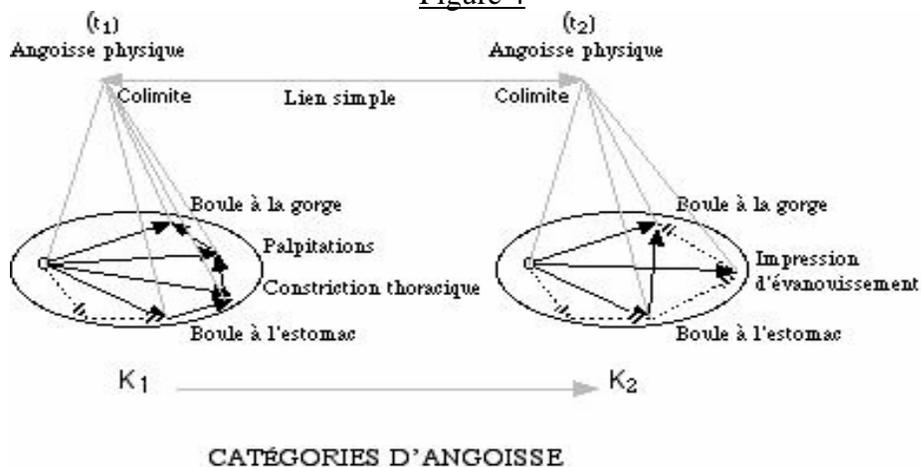
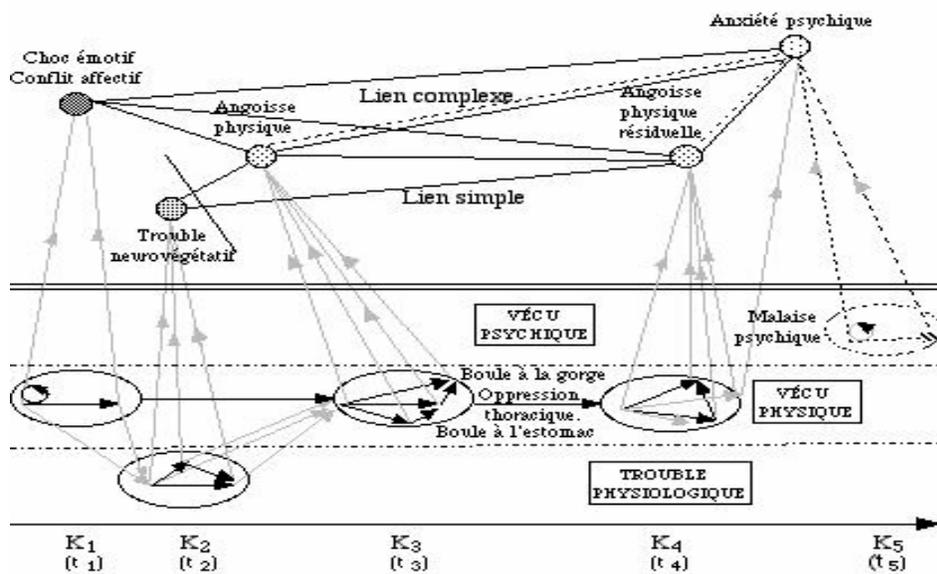


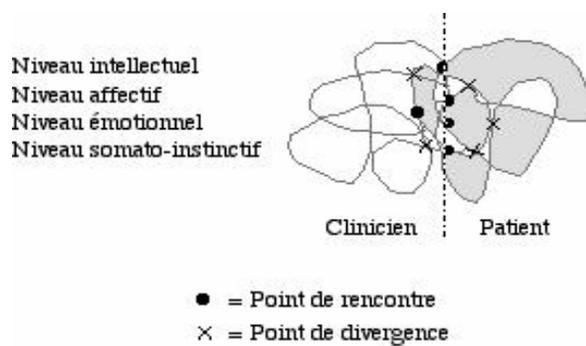
Figure 5
PHÉNOMÈNES CLINIQUES



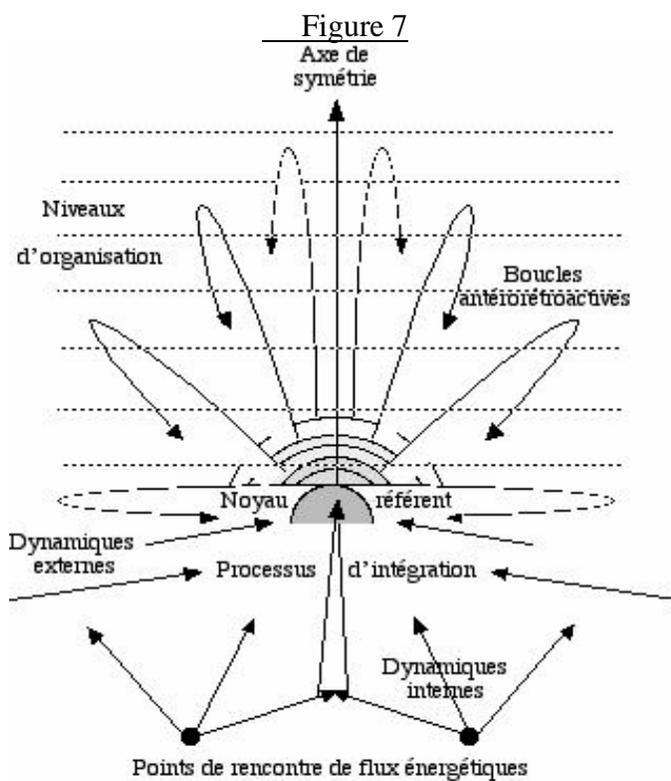
TRADUCTION EN CATÉGORIES

ANGOISSE et ANXIÉTÉ
Liens simples et complexes

Figure 6

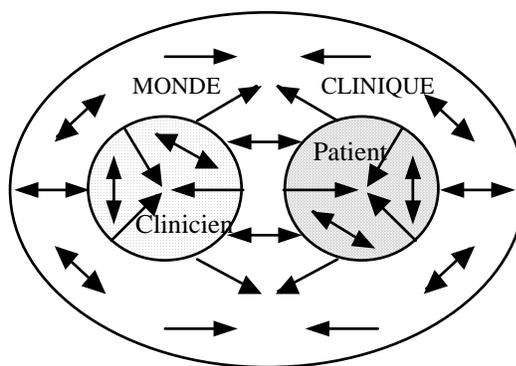


RENCONTRE CLINICIEN-PATIENT



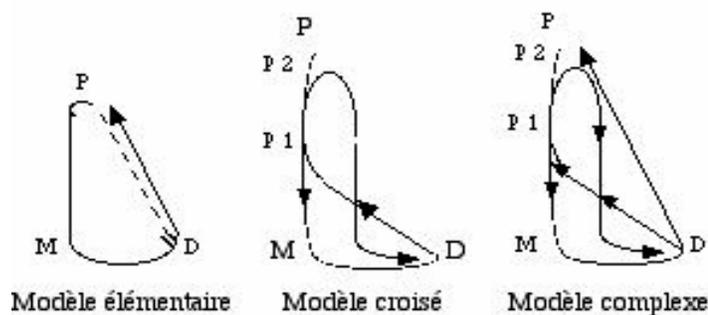
INTÉGRATION ET NOYAU RÉFÉRENT

Figure 8



SITUATION D'ENSEMBLE CONCERNÉE
PAR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

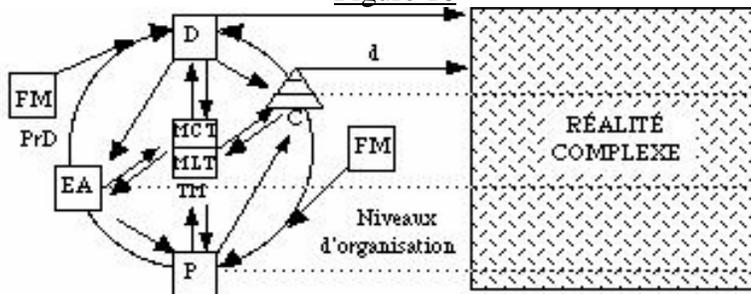
Figure 9



P = Phénomène perçu
M = Moyen d'expression
D = Décision

DIFFÉRENTS MODÈLES DE DÉCISION

Figure 10



D = Décision C = Cognition TM = Traces mnésiques
d = Décision cognitive EA = Émotions et affects MCT = Mémoire à court terme
PrD = Processus de FM = Facteurs de milieu MLT = Mémoire à long terme
décision P = Perception

LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Figure 11

