

Structures cycliques

Benoît Virole

1995 - 2022

Résumé

Ce texte écrit en 1995, et que nous rééditons aujourd'hui sous une forme légèrement remaniée, est un essai d'interprétation catastrophiste d'une structure cyclique en psychopathologie, l'anorexie-boulimie. Callahan a le premier en 1982 ouvert la voie à cette interprétation, mais nous l'abordons ici principalement à partir d'une recherche d'articulations avec le modèle psychanalytique. Il a été publié dans *Sciences cognitives et psychanalyse* (1995).

Mots-clefs

Psychanalyse Sciences cognitives Théorie des catastrophes Anorexie Boulimie Troubles bipolaires

Introduction

L'introduction en France des conceptions nosographiques anglo-saxonnes a amené un nombre croissant de cliniciens à utiliser les outils de classification tels que les différents *DCM*. Ces nouveaux outils se présentent comme des systèmes de classification des troubles mentaux indépendants des conceptions étiologiques ou des systèmes de pensée généraux concernant l'étiopathogénie de ces troubles. En réalité, et cela a été maintes fois souligné [5], ces systèmes de classification sont construits sur une idéologie sous-jacente de l'organicité des troubles et de l'exclusion des thèses psychogénétiques des névroses. La réaction de nombreux psychopathologues a consisté à proposer une nouvelle classification basée sur des critères intégrant les conceptions psychanalytiques¹. Cette réaction est certes salutaire, même si on peut craindre qu'elle n'ait guère de chance d'être étendue à l'extérieur de l'hexagone. Cependant il est possible d'imaginer une autre voie de recherche en psychopathologie qui pourrait apporter des réponses nouvelles aux problèmes de classification.

Cette voie consiste à reprendre la question du déterminisme des états pathologiques, en assimilant

ces derniers à *des formes*. En procédant de la sorte, on peut faire l'hypothèse minimale, que l'on puisse arriver à rendre compte de la phénoménologie des états pathologiques, ce que tente de systématiser les différentes classifications, et de leur déterminisme. Le problème essentiel est alors d'arriver à décrire en termes de *forme*, les différents *états* psychopathologiques. Or, les états qui se prêtent le mieux à une description morphodynamique sont ceux qui se détachent le plus aisément du fond indifférencié des comportements habituels car ils se répètent sous une forme identique. Les formes cycliques sont ainsi les premières candidates à cette tentative de psychopathologie dynamique.

Description clinique de la boulimie anorexie

Une des entités alternantes les plus fréquentes en psychopathologie et des plus mystérieuses est celle de la boulimie/anorexie. Les descriptions cliniques de ce trouble relatent une ingestion anormalement abondante de nourriture pour fuir une angoisse montante, puis une tentative d'annulation de la prise alimentaire par un régime (ou une anticipation de régime), accompagnée parfois par des tentatives d'évacuation (vomissements ou laxatifs). Puis le cycle reprend, interrompu souvent par le sommeil. Dans son livre, *La boulimie et son infortune* (1979) Laurence Igoïn [4] a

1. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, [5].

tenté de comprendre ce comportement à partir des différents modèles psychopathologiques classiques ; l'hypocondrie et son avalement catastrophique du monde, l'hystérie et son déploiement dans la sphère orale, la perversion et son débat sur les mots et les choses, la mélancolie et son cannibalisme endeuillé. Tous ces modèles permettent un déchiffrement de ce comportement. Tout se passe comme si cette forme pouvait de façon indifférente être rattachée à l'ensemble des organisations psychopathologiques. Cette plasticité doit selon nous être interprétée comme un indice de la désadéquation des modèles nosographiques vis-à-vis de cette forme pathologique. En effet, si tous les modèles peuvent se déformer sans difficulté pour rendre compte de ce comportement, alors on peut en conclure qu'aucun d'entre eux n'est discriminatif des traits spécifiques de l'entité étudiée. Or parmi toutes ces explications psychanalytiques de la boulimie anorexie, peu s'attachent *en priorité* à sa forme, à savoir son caractère alternant marquée par deux phases séparées par une discontinuité, celle de la *chute boulimique*. Les sujets boulimiques se plaignent de la *chute catastrophique* et imprévisible de la phase anorectique vers la phase boulimique. Quand ils recherchent les éléments déclencheurs, très souvent ils n'en trouvent pas ou ce sont des éléments apparemment si anodins qu'ils acceptent difficilement leur rôle de déclencheur.

Un déterminisme pulsionnel ?

Essayons de reprendre la question à partir du cadre de la première théorie des pulsions opposant les pulsions d'autoconservation aux pulsions sexuelles. La prise de nourriture et par extension, sa recherche, sont bien des comportements rentrant dans le cadre des impératifs vitaux. Ce sont des comportements déterminés par des pulsions d'autoconservation et ils sont asservis aux cycles biologiques de l'assimilation de nourriture. Le problème posé par la psychopathologie de la prise de nourriture est que chez certaines personnes et dans des conditions sociocultu-

relles déterminées², ce comportement est dévié sous une forme aberrante. Les signaux physiologiques de l'appétit comme de la satiété deviennent inefficaces pour contrôler les prises alimentaires. Le sujet est alors aliéné à un cycle infernal fait de prises gigantesques de nourriture alternant avec des périodes de jeûnes drastiques accompagnés de vomissements ou de prises de laxatifs pour *annuler* la prise de poids réelle ou imaginée. La dimension physiologique sous-jacente à l'acte alimentaire est sous la dépendance de boucles de contrôle. Ces boucles psychophysiologiques permettent de moduler le plaisir à manger par l'intermédiaire de signaux internes (satiété, faim), déclenchés par les besoins nutritionnels. La boulimie/anorexie peut ainsi s'expliquer par une carence dans l'apprentissage de la discrimination des besoins physiologiques qui nécessitent chez le tout petit une acquisition au travers des interactions avec les réponses maternelles. Cette absence de discrimination s'accompagne d'une incapacité à distinguer les besoins physiologiques des tensions émotionnelles et enfin d'une difficulté à reconnaître sa propre identité. La boulimie/anorexie peut être alors considérée comme un trouble de l'image du corps avec une altération des limites du moi.

L'objet alimentaire peut être également abordé sous sa face symbolique. La « chose innommable » incorporée dans la chute boulimique est le symbole d'un autre objet. En suivant cette ligne métaphorique, l'objet incorporé est le symbole de l'absence, et en dernière analyse, de l'absence de l'amour au travers de l'absence des satisfactions attendues dans l'amour de soi (narcissisme) et des autres (amour objectal). L'objet alimentaire peut être également abordé dans sa ritualisation symbolique de l'acte de manger. Comme le dit Igoïn, « manger est toujours un fait social, c'est faire un repas » [4, p.9]. Dès lors se profile l'ensemble des déterminations liées au sens du repas dans l'ordre familial et en dernière analyse, le fantasme du repas totémique. Dans l'ordre alimentaire, l'homme passe d'une nourriture au sein à une

2. Même si rien n'empêche de penser qu'il puisse exister des troubles comparables à la boulimie/anorexie dans des pays où l'on souffre de la faim, il est néanmoins impossible de ne pas souligner l'impact des conditions de vie dans des sociétés de surabondance sur la prévalence de ce trouble.

alimentation solide. Il y a également une ritualisation de l'initiation à la nourriture et l'on ne doit pas oublier que le potlach, rituel structurel de l'échange, s'enracine au départ dans une pratique alimentaire. En dernière analyse et en enlevant l'ensemble des surdéterminations, la déformation du comportement alimentaire peut être comprise comme la subversion de la pulsion sexuelle sur l'autoconservation alimentaire. De même que, au tout début de la vie psychique de l'enfant, la pulsion sexuelle partielle s'étaye sur la prise de nourriture selon la séquence métonymique lait/sein/mère, pour trouver satisfaction, la boulimie dévoile la reprise pathologique de cet étayage, mais complexifiée par d'autres enjeux inconscients issus des phases ultérieures du développement psychique. Ainsi, les comportements d'annulation rétroactive dériveraient des défenses d'isolation caractéristiques de la phase anale, les contrôles de poids et de forme du corps ou du visage dériveraient de la problématique narcissique de l'image du corps. La boulimie/anorexie résulterait alors de la condensation de plusieurs déterminations psychogénétiques. Son caractère cyclique serait dû essentiellement au couplage du cycle physiologique de la faim qui asservirait la poussée de la libido.

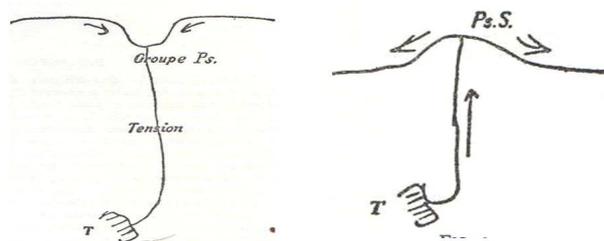


FIGURE 1 – Scémas du manuscrit G de Freud (1895) représentant les deux processus psychosexuels opposés à l'œuvre dans la mélancolie et la manie. *Ps.S* correspond à l'excitation psychosexuelle et *T.* à l'organe terminal.

Si l'on se place maintenant dans le cadre de la seconde théorie des pulsions opposant la pulsion de vie à la pulsion de mort, le caractère cyclique peut être interprété comme l'effet de la compulsion de répétition de la pulsion de mort. La bouli-

mie/anorexie est alors l'expression du conflit entre Eros et pulsion de mort. Le conflit se focalise sur l'objet alimentaire, symbole des premières relations objectales. Dans cette perspective, la séquence du trouble peut être résumée en trois temps distincts. Le premier temps est une déception intolérable par l'objet d'amour. Le second temps est marqué par une tendance à expulser l'objet d'amour comme contenu corporel et à le détruire. Le troisième temps est celui de la tentative d'introjection marquée par la dévoration de l'objet, spécifique de l'identification narcissique (avaler l'autre pour s'attribuer ses qualités désirées). La boulimie serait le troisième temps de la réincorporation de ce « n'importe quoi », qui est en fait le mauvais objet précédemment expulsé. Inversement l'anorexie serait un comportement phobique devant la nourriture devant la crainte de détruire le bon objet, ou par l'impossibilité de le retrouver en quelque nourriture, réactivant le supplice du manque initial. Le cycle serait expliqué par l'existence de remords après la crise boulimique par « une autopsie récapitulative » selon le terme de Laurence Igoïn dont la seule sortie possible est une autre crise boulimique pour fuir la douleur dépressive.

Modélisation par la fonce

Ainsi définie la boulimie anorexie se rapproche fortement d'une autre entité cyclique de la psychopathologie, la psychose maniaco-dépressive (PMD). Le schéma psychanalytique explicatif de la psychose maniaco-dépressive est bien connu³. Le sujet subit une perte réelle d'un objet d'amour. Il s'ensuit une régression libidinale, réveillant l'ambivalence de la phase anale. Le sujet tente alors une introjection de l'objet perdu, ce qui modifie le moi par identification et aboutit à un conflit entre l'idéal du moi et le moi [2]. L'idéal du moi accable le moi de reproches qui est acculé à un désinvestissement de la réalité externe et à la dépression mélancolique. Dans un second temps, le sujet réagit par une défense maniaque contre la dépression en tentant la fusion des deux instances

3. Note 2019 : On parle aujourd'hui de *troubles bipolaires* et la part génétique dans leur déterminisme est maintenant clairement attestée. Cela ne change en rien l'intérêt de l'interprétation *descriptive* de la psychanalyse.

du moi et de l'idéal du moi. Le moi est alors libéré des contraintes du surmoi, et exulte sous la forme de l'accès maniaque. Parallèlement la régression libidinale se poursuit jusqu'au point de fixation premier de la phase orale. Le sujet maniaque avale ainsi le monde entier dénotant par là son caractère d'organisation narcissique marquée par l'échec des identifications de la phase orale.

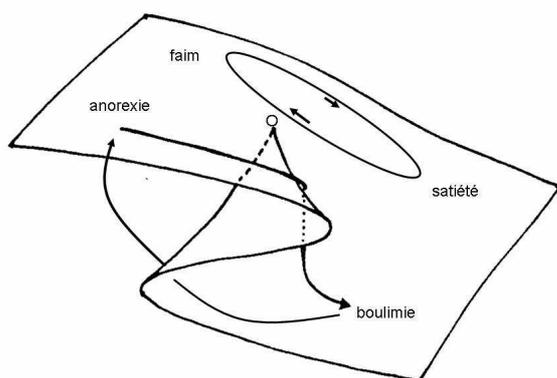


FIGURE 2 – La chute boulimique représentée par un saut catastrophique sur une fronce. Au-delà du point 0, le cycle alimentaire (faim satiété) est normal.

Or, si on essaye de décrire, même de la façon la plus simple, l'oscillation des états de la psychose maniaco-dépressive, on tombe inmanquablement sur la génération du modèle de la fronce décrivant une structure cyclique. En modélisant catastrophiquement par la fronce un tel cycle, on peut se représenter le sujet maniaco-dépressif comme enchaîné à un cycle d'hystérésis. On désigne par ce terme la trajectoire en boucle qui relie les deux attracteurs. Le cycle parcourt la fronce entre deux attracteurs, l'un correspondant à la position dépressive, l'autre à la position maniaque et dont l'opposition formelle était déjà représentée par Freud comme deux processus antagonistes. La psychose maniaco-dépressive réactualise dans son oscillation bipolaire ces trois moments qui sont sur le plan topique marqués par la disparition et la reconstruction de frontières entre le moi et le surmoi.

Répétition et hystérésis

Cette notion de frontières ne peut que susciter l'intérêt d'une approche morphodynamique puisque la théorie des catastrophe est bien avant tout une pensée centrée sur l'observation du dynamisme des limites. La question est de paramétriser les attracteurs et de comprendre pourquoi ils sont instables et sont amenés à bifurquer. Il faut donc postuler l'intervention d'une force externe appliquée sur le système à l'équilibre qui l'amène à bifurquer. On peut éventuellement admettre pour la PMD l'hypothèse que cette force est liée à l'expression du facteur génétique. On peut alors se représenter le schéma suivant. L'espace des états physiologiques est en interaction dynamique avec l'espace des états psychiques par l'intermédiaire de figures de régulation génératrices d'interfaces. En cas de perturbations dans l'espace des vecteurs physiologiques, consécutives à l'expression du facteur génétique, l'ensemble des interactions de régulation de l'humeur est déséquilibrée. Ce déséquilibre fait alors apparaître la structure de l'interface et la phénoménologie cyclique de l'hystérésis. Ceci peut être valable pour la PMD, mais il est difficile d'admettre l'existence de ce facteur génétique pour un trouble aussi répandu que la boulimie/anorexie. Il est alors plus intéressant d'accepter l'idée que ces structures cycliques de la psychopathologie dévoilent l'existence de figures de couplage entre les domaines biologique et psychique, c'est-à-dire la structure de l'étayage du psychisme sur le biologique, et donc au fond celle qui relie la sexualité à l'homéostasie. Il ne s'agit bien sûr que d'une hypothèse exploratrice, mais on ne peut manquer néanmoins d'être frappé par la similitude formelle des dynamiques sous-jacentes à ces troubles avec la série des processus psychiques décrits par la psychanalyse sous les noms d'incorporation, introjection, identification et symbolisation.

Car après tout la symbolisation est bien une identification entre deux termes. Elle nécessite une introjection qui est construite sur une incorporation, et qu'est-ce qu'une incorporation, si ce n'est la capture d'un objet externe et sa fusion avec l'objet capteur, soit le morphodynamisme généré par la catastrophe de capture ? Il est donc possible de considérer qu'il existe un lien générique entre ces processus qui

peuvent être considérés comme des états différents d'un seul dynamisme. Dès lors, on comprend comment les processus régressifs peuvent être drainés par un processus inverse. L'absence de véritable symbolisation amène une stase régressive vers l'identification, qui peut retourner vers l'introjection, qui peut elle-même être rendue impossible et se dégrader dans l'incorporation. La boulimie serait ainsi cette dernière stase où seule subsiste l'incorporation. Mais ce qui est tout à fait intéressant, c'est que le sujet n'en reste pas à la phase d'incorporation et qu'il est pris secondairement dans une phase anorectique. Tout se passe comme si le sujet présentait par l'alternance boulimie/anorexie la structure, expansée, dilatée jusqu'à l'outrance, de la figure de régulation biocognitive de la capture. C'est pourquoi l'objet final de la chute boulimique est indifférent (innommable selon Igoïn) puisqu'il n'est qu'une position structurale, un actant virtuel, sur une figure de régulation. C'est pourquoi les sorties des cycles boulimie/anorexie nécessitent effectivement le sommeil. Une interprétation catastrophiste de la boulimie/anorexie a été proposée par James Callahan en 1982 à la suite d'un précédent modèle proposée par Zeeman et Hevesi [1]. Selon Callahan, le cycle boulimie/anorexie est asservi à la figure catastrophique du *double cusp* et résulte du couplage du cycle physiologique de la faim à celui du sommeil. Mais la fonction du sommeil comme sortie de crise n'est peut-être pas tant liée à sa physiologie, mais bien au rêve et à son pouvoir de symbolisation.

Cliniquement, il est d'ailleurs remarquable que les symptômes boulimiques exprimés par les patients révèlent souvent un arrêt d'un processus de symbolisation dans la cure. Inversement la disparition ou l'atténuation du symptôme vient d'une reprise de la symbolisation. Par exemple, un patient souffrant de boulimie depuis de nombreuses années s'est rendu compte au cours de son analyse que les prises alimentaires et les achats gigantesques de nourriture destinée à être incorporée en cachette étaient centrés autour de la dévoration d'une certaine *marque* de gâteaux sucrés « Chamonix » dont le nom était relié par une chaîne associative au plaisir pris par sa mère à l'alpinisme, avant son mariage. À l'écoute des récits de sa mère alors qu'il était enfant, le patient conçut le fantasme œdipien d'avoir été le compagnon de montagne de sa mère. À l'âge adulte, la réactivation en

cours d'analyse des sentiments œdipiens précipita le symptôme de boulimie. La prise de conscience que parmi l'ensemble des objets innommables incorporés, un d'entre eux se distinguait de par son nom, permit l'élaboration des liens œdipiens inconscients avec sa mère et la disparition progressive du symptôme.

Conclusion

On peut décrire alors le déterminisme de la boulimie anorexie de la façon suivante. Le moi tente de se réaliser comme conforme à un idéal du moi (tension moi/surmoi) sur le registre de l'imaginaire du corps afin d'être conforme aux idéaux narcissiques véhiculés par la culture et d'un autre côté aux exigences pulsionnelles. Le moi échoue dans cette tâche et la recherche d'identification se rabat sur l'introjection puis sur l'incorporation. Or tout ce mouvement régressif présente la particularité de mettre en avant des processus successifs dont le morphodynamisme est commun puisqu'il s'agit à chaque fois de la fusion de deux actants. L'incorporation peut ainsi être définie comme l'expression dans les comportements et les représentations de ce schème de fusion où deux attracteurs se réduisent en un seul. Il est alors possible de modéliser l'ensemble du cycle anorexie/boulimie comme une trajectoire située sur la surface de réponse de la fonce tendue entre deux positions attractives. Le comportement alimentaire normal passe à l'extérieur de la fonce et ne génère pas de chute catastrophique. Par contre, dès lors que la trajectoire franchit le cusp, il y a génération d'un saut catastrophique et bifurcation soudaine de l'attitude vis-à-vis de la nourriture.

Cette hypothèse demanderait de plus vastes illustrations cliniques, mais on peut néanmoins se laisser aller à imaginer que les processus psychiques partageant le même morphodynamisme ne sont que des exfoliations successives dans l'espace psychique de la plus primitive des interactions catastrophiques, à savoir la capture. Est-il possible d'imaginer que l'ensemble des formes psychopathologiques pourraient être décrites par des catastrophes de complexité supérieure? La question de leur déterminisme pourrait alors trouver une amorce de solution dans la notion de figures de régulation. Ces figures de régulation

présentent des *points critiques* et des zones de fragilité dues à leur structure catastrophique. En avançant dans la connaissance de ces figures et de leurs points critiques, il serait alors possible d'avancer pas à pas dans la construction d'une véritable psychopathologie dynamique intégrant cet apport constitutionnel que Freud n'a jamais oublié, avec l'ensemble des dimensions psychiques.

Références

- [1] Callahan J. « A geometric model of anorexia and its treatment », *Behavioral Science*, 27, 1982, pp. 140-154.
- [2] Dujarier L. « Apports de la psychanalyse à la compréhension et au traitement des maniaco-dépressifs », *Confrontations psychiatriques*, 14, 1976.
- [3] Freud S. « Manuscrit G », 1895, in « *La naissance de la psychanalyse* », Paris, Puf, 1979.
- [4] Igoïn L. *La boulimie et son infortune*, Voix nouvelle en Psychanalyse, Paris, Puf, 1979.
- [5] Mises R. et coll. « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 1, 1988, pp. 67-134.

Pour citer cet article :

Virole B., (1995) *Sciences cognitives et psychanalyse*, Presses universitaires de Nancy, ISBN 2-86480-797-7, 1995, pp. 217-221.
<https://virole.pagesperso-orange.fr/cycle.pdf> (1995-2021).