



HAL
open science

De l'angoisse de débordement à la solution anorexique : études cliniques sur l'anorexie mentale à l'adolescence

Pierre Dumont

► To cite this version:

Pierre Dumont. De l'angoisse de débordement à la solution anorexique : études cliniques sur l'anorexie mentale à l'adolescence. Psychologie. Université Paris Cité, 2023. Français. NNT : 2023UNIP7226 . tel-04697193

HAL Id: tel-04697193

<https://theses.hal.science/tel-04697193>

Submitted on 13 Sep 2024

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

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

THÈSE DE DOCTORAT D'UNIVERSITE PARIS CITE

Mention : Psychopathologie clinique

De l'angoisse de débordement à la solution anorexique

Etudes cliniques sur l'anorexie mentale à l'adolescence



Par Pierre DUMONT
Sous la direction du
Professeur Vincent ESTELLON

Présentée et soutenue publiquement le : **16 Octobre 2023**

Devant le jury composé de :

Le Professeur Marie-Rose MORO, Université de Paris : Présidente du jury

Le Professeur Vincent ESTELLON, Université de Paris : Directeur

Mme Corinne GAL (PhD), Université de Montpellier : Membre invité

Le Professeur Marjorie ROQUES, Université de Bourgogne : Rapporteur

Le Professeur Emérite Christophe DEJOURS, Université Paris Nanterre : Rapporteur

« Sainte Catherine de Sienne assiégée par les démons », auteur inconnu, (1500), Musée National de Varsovie

« Lola l'écolière, dévorant son fruit immémorial et chantant à travers sa pulpe juteuse, perdant une pantoufle, frottant son talon déchaussé - en socquette tire-bouchonnée - contre la pile de vieux magazines entassés à ma gauche sur le divan, et chacun de ses mouvements, chaque contorsion et ondulation m'aidait à dissimuler et à améliorer le réseau de correspondance tactile entre la belle et la bête, entre le fauve muselé et tendu à se rompre et la beauté de son petit corps creusé de fossettes sous la chaste robe de coton »¹.

¹ Nabokov, V. (1955). *Lolita* (éd 2001). Paris : Folio

RESUME

De l'angoisse de débordement à la solution anorexique.
Etudes cliniques de l'anorexie mentale de l'adolescence.

Les pathologies de l'agir illustrent incontestablement le débordement si caractéristique de la « modernité » d'un monde qui, au bord de l'effondrement écologique et social, s'écroule à petit feu sous son propre poids. Mais tout ce débordement qui étouffe semble pourtant ne révéler qu'une sombre part de la « nature humaine ». En effet, malgré ce constat connu de tous, chacun continue de se gaver des objets que la vie nous invite à consommer. Dans nos sociétés où la satisfaction du besoin prévaut sur tout, il est facile voire naturel de se laisser tenter par les jouissances suscitées par l'excès. Cette liberté de sortir de soi pour jouir sans limite des bienfaits excessifs déprave pourtant notre sensible. Mais qu'importe, les pulsions semblent toujours pouvoir parler, même quand la vie se tait, même quand le monde se meurt... Cependant, et depuis fort longtemps, certaines jeunes filles s'opposent farouchement à cette tentation liberticide au profit d'une servitude ascétique. Entre angoisse et fantasme, entre déterminisme et volonté, leur refus si parlant sonne néanmoins comme un cri d'opposition à la séduction d'un objet potentiellement menaçant. A travers une terrible régression infantile mélancoliforme, elles chantent dans un récital tout aussi obscur que blafard un chagrin sans larme, historiquement énigmatique, célèbrement anorexique.

Ce travail de thèse questionne *le débordement* dans la clinique des troubles des conduites alimentaires. De l'angoisse au fantasme, je pose l'hypothèse qu'il s'inscrit au cœur de la problématique du fonctionnement de l'anorexie mentale de l'adolescence. En lutte contre les monstrueuses métamorphoses/pubertaires, la jeune fille anorexique semble réprimer sa *potentialité orgasmique* et ainsi, interrompre la subversion libidinale. Le corps érotique ne pouvant s'édifier, l'adolescente se sentirait protégée de toute forme de débordement, débordement qui pourrait la conduire à éprouver des affects d'effroi. *L'angoisse de débordement* pourrait alors se penser comme *le signal permettant de se défendre contre un processus non-maîtrisé*. *Le fantasme de débordement* pourrait quant à lui se penser comme la production du *désir boulicannibalique, voracité négative* tout aussi protectrice que destructrice. La répression de la poussée/pubertaire semblerait donc *agir* pour protéger *le corps propre* de toute forme de libidinalisation, afin de s'éviter tout risque de débordement, aussi bien biologique qu'érotique, l'un ne pouvant être séparé de l'autre.

Au-delà de penser le concept d'anorexie mentale au regard de la métapsychologie, cette recherche vise à mettre en lumière les difficultés thérapeutiques observées dans une unité de pédopsychiatrie. A travers différentes expériences psychodramatiques de groupe, nous avons constaté que certains conflits spécifiques au fonctionnement de l'anorexie mentale venaient se rejouer dans les relations entre les soignants et les patientes. En effet, la *solution anorexique* semble imposer une relation fécale d'emprise sur *l'objet soignant* afin de se protéger de la détresse causée par la *passivité-passivation*. Ce travail raconte ainsi la genèse d'un projet thérapeutique d'un service hospitalier visant à raccompagner des adolescentes en danger sur le chemin de la liaison libidinale du corps et de l'âme, inhérente au processus de subjectivation. De plus, nous verrons que le psychodrame triadique s'avère être un outil audacieux qui permet, au-delà de soulager des maux, d'explorer dans le transfert des parties de la réalité initialement clivées, afin de trouver des alternatives nécessaires pour supporter certaines exigences de l'existence.

Mots clés : Anorexie mentale, Adolescence, Angoisse et fantasme de débordement, Théorie de la Séduction généralisée, Corps Érotique, Traumatisme, Clivage, Passivité/Passivation/Activité, Psychodrame triadique, Contrat de poids, Contrat moral.

ABSTRACT

From anxiety of being overwhelmed to the anorexic solution.
Clinical studies of anorexia nervosa in adolescence.

The pathologies of action undeniably illustrate the characteristic excess of "modernity" in a world that, on the brink of ecological and social collapse, crumbles under its own weight. However, all this suffocating overflow seems to reveal only a dark part of "human nature." Indeed, despite this well-known observation, everyone continues to binge on the objects that life invites us to use. In our societies, where the satisfaction of needs prevails above all else, it is easy, even natural, to be tempted by the pleasures aroused by being overwhelmed. This freedom to go beyond oneself and enjoy the excessive benefits, however, corrupts our sensitivity. But no matter,, impulses always seem to be able to speak, even when life is silent, even when the world is dying... However, and for a long time now, some young girls fiercely oppose this oppressive temptation in favor of ascetic servitude. Between anguish and fantasy, between determinism and will, their resounding refusal, nonetheless, sounds like a cry of opposition to the seduction of a potentially threatening object. Through a terrible melancholic infantile regression, they sing in a recital as obscure as it is pale, a sorrow without tears, historically enigmatic, famously anorexic.

This thesis work questions the concept of being overwhelmed in the clinical context of eating disorders. From anxiety to fantasy, I hypothesize that it is central to understanding the functioning of adolescent anorexia nervosa. In a struggle against monstrous pubertal transformations, the anorexic young girl appears to repress her orgasmic potential and thus interrupt libidinal subversion. As the erotic body cannot develop, the adolescent girl may feel protected from any form of overflow, which could lead to experiencing feelings of terror. The anxiety of being overwhelmed can be seen as a signal for defending oneself against an uncontrolled process. On the other hand, the fantasy of being overwhelmed can be understood as the production of a cannibalistic desire, a negative voracity that is both protective and destructive. The repression of pubertal drives seems to act in order to protect the body from any form of libidinalization, to avoid any risk of overflow, whether biological or erotic, as these two aspects cannot be separated from each other.

Beyond conceptualizing the concept of mental anorexia from a metapsychological perspective, this research aims to shed light on the therapeutic difficulties observed in a child psychiatry unit. Through various group psychodramatic experiences, we have noticed that specific conflicts related to the functioning of mental anorexia are replayed in the relationships between caregivers and patients. Indeed, the anorexic solution seems to impose a fecal relationship of control over the caregiver object in order to protect oneself from the distress caused by passivity-passivation. This work thus recounts the genesis of a therapeutic project in a hospital service that aims to guide endangered adolescents back onto the path of the libidinal connection between body and soul, inherent to the process of subjectivation. Furthermore, we will see that the triadic psychodrama proves to be a daring tool that allows not only the alleviation of suffering but also the exploration, through transference, of initially split-off parts of reality in order to find necessary alternatives for coping with certain demands of existence.

Key words: Anorexia nervosa, adolescence, anxiety and fantasy of overflow, Theory of Generalized Seduction, Erotic Body, Trauma, Splitting, Passivity/Passivation/Activity, Triadic Psychodrama, Weight Contract, Moral Contract.

REMERCIEMENTS

Je n'aurai malheureusement pas tous les mots pour remercier comme j'attends tous ceux qui m'ont accompagné tout au long de ce travail. Vous avez été si nombreux à me guider de près ou de loin, à vous montrer disponibles et à me soutenir lorsque l'envie de tout arrêter m'envahissait. Je n'ai pas lâché grâce à vous, malgré mes profondes incertitudes. Brigitte Leroy Viemon, présente dès l'aube de ce parcours, m'avait pourtant prévenu qu'il était périlleux de s'embarquer dans un travail de thèse. Cela nous invite à vivre d'intenses expériences de solitude et de renoncement, mais le retour est profondément gratifiant. Pour cela, je souhaite remercier en premier lieu les membres de mon jury qui m'ont fait l'honneur de lire, de commenter et de sublimer dans leurs précieux commentaires l'ensemble de mon travail :

Le Pr Marie Rose Moro, qui me fait l'immense honneur d'être Présidente de mon jury. Mme Corinne Gal, à qui j'adresse toute ma gratitude pour avoir accepté d'être examinatrice. Les rapporteurs de mon travail doctoral à qui j'adresse ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères, le Pr Marjorie Roques et le Pr Emérite Christophe Dejours.

Je tiens également à remercier tout particulièrement :

Le Pr Vincent Estellon, mon directeur de thèse qui, au-delà de m'avoir fait grandir, m'aura accompagné tout au long de ces années sans jamais douter de ma capacité à pouvoir mener à bien mon projet. Je vous remercie profondément pour votre écoute chaleureuse et votre exigence salvatrice qui m'a incontestablement réveillé.

Brigitte Leroy Viemon sans laquelle, ce travail de thèse n'aurait jamais existé. Merci d'avoir soutenu mon projet dès le départ. Merci de m'avoir présenté le Pr Vincent Estellon et d'avoir senti que notre collaboration allait fonctionner.

Les doctorants du groupe du Pr Vincent Estellon avec lesquels j'ai pu penser et douter sans crainte.

Dominique Decouteix, dont l'absence est douloureuse. Nous parlions de la même psychiatrie et vous auriez aimé, je le sais, lire ce travail. J'aime en tout cas penser que vous auriez été fier de moi...

Le Dr Dominique Fénéon, cheffe de service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour sa confiance et son soutien sans faille. Merci de m'avoir offert tout le confort nécessaire pour mener à bien cette recherche malgré tout le travail auquel nous avons dû faire face ces derniers temps.

Toute l'équipe de la Chaumière, l'unité d'hospitalisation pour adolescents. Je vous ai embêté avec mes convictions, mes idées, pour les « changements » aux repas et aux goûters, pour les contrats et les « protocoles ». Merci de m'avoir écouté et fait confiance. Votre soutien m'est cher. Ce travail n'aurait pu se réaliser sans vous. Je vous remercie du fond du cœur.

Le Dr Diane Cyrille, qui s'est parfois tendrement amusée à m'appeler Docteur tout au long de ces années pour m'encourager. La confiance que tu m'accordes m'est précieuse...

Le Dr Pauline Joubert, ma partenaire de jeu psychodramatique. Nous avons été audacieux, merci de m'avoir fait confiance et permis de laisser aller ma créativité sans contrainte.

Le Dr Marie Remy. Merci d'avoir été ce précieux soutien dans les groupes de psychodrame et d'avoir accueilli et écouté mes intuitions cliniques avec intérêt.

Le Dr Aurore Legrand-Viscok qui m'a amicalement encouragé lors de mes « vacances thèses ».

Le Dr Jonathan Lachal, d'avoir fait rentrer le psychodrame à l'Université de médecine UCA pour les internes de psychiatrie et de m'en avoir respectueusement confié l'enseignement.

Le Dr Daniel Terral, pour son soutien intellectuel et sa collaboration tout aussi clinique qu'universitaire.

Amandine, merci. Grâce à toi, le groupe de parole a pu garder sa dynamique positive.

A tous mes collègues de « l'Administration » (Secrétaires, Ide, As, Psychologues, Internes...). Vos sourires complices ensoleillent mes journées les plus ternes. Merci d'avoir si souvent rattrapé mes loupés, pansé mes absences et soutenu ma fatigue. Je suis resté serein grâce à vous, indéniablement. Je vous remercie d'être à mes côtés, de supporter depuis si longtemps mes actes manqués sans jamais m'en tenir trop rigueur.

Jocelyne, merci de m'avoir si bien guidé lorsque je suis arrivé à tes côtés dans le service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Je te sens toujours aussi près de moi.

Laetitia, mon amie. Merci de m'apporter autant de crédit. Ton précieux soutien et tes remarques hautement intelligentes m'ont superbement aidé lorsque tes relectures et tes remarques ont sublimé mes idées...

Alexandre et Olifier, mes deux complices pleins d'avenir pour qui le fonds de commerce n'a plus aucun secret.

Jean-Pascal et Valérie, merci pour votre aide précieuse sans laquelle je n'aurais jamais pu rendre un travail correctement structuré.

L'Ecole Française de Psychodrame, sa présidente Colette Esmenjaud Glasman et tous les membres de l'EFPP. Une pensée particulière pour mon groupe de Paris, bien plus que des psychodram'artistes, vous êtes mes psycho'potes.

A tous mes précieux amis, ma base, mon ancrage : Tiphaine, Pierre-Jean, Amélie, Pierrot, Emilie Cookie, Jules, Nicolas, Benjamin, Marine, Baptiste, Clémentine, Charlotte, Clément, Marie, Hugues, Delphine, Anne So, Landry, Manue, Sophie, Sandra, Raph, Julia, Milou, Florian, Damien, Amélie, Antoine, Margaux, Richard, Fabien, Pierre-Paul, Romain, Anaëlle, Morgan Creu, Jérémy, Dato, Che, Pauline, vos partenaires de vie amoureuse et tous vos merveilleux enfants. Merci d'avoir régulièrement pris de mes nouvelles, d'avoir respecté mes absences, mes doutes et mes plaintes. Sans vous la vie n'aurait pas de sens. Je vous aime de tout mon cœur.

A PEYO, ma ressource principale, l'essence de ma créativité. Merci de m'avoir laissé du temps... Nous nous rattraperons.

Le PSCD, le club de lecture qui élève les consciences et les idées. Merci d'être vous et d'accueillir ma vulnérabilité d'homme sans jamais me juger...

Batou, merci de m'avoir hébergé, écouté et supporté toutes ces longues semaines chez toi « Au bon Flex », afin que je puisse écrire dans le calme et la sérénité. Ta présence m'a réconforté lorsque que je n'y croyais plus...

Et que serais-je sans ma famille.... Ma tendre mère, mon cher père, ma grande sœur Marie, mon petit frère Thomas et ma nièce Sidonie. Vous m'encouragez depuis si longtemps dans tous mes projets, mêmes les plus farfelus, sans jamais me juger. Vous êtes la sève de ma vitalité. Mes tantes, mes oncles, mes cousines et mes cousins, sans oublier notre précieuse grand-mère Elisabeth. Vous êtes mon cadre sur lequel je me réfère sans crainte. Fiona et Simon, merci de m'avoir aidé pour les traductions. Mes grands-parents, Jacqueline et Roger. Vous m'avez accueilli et permis de me ressourcer et de rédiger sans me préoccuper de rien d'autre que ma thèse. J'ai donné mon maximum jusqu'au bout en espérant que vous puissiez m'appeler Docteur sans commettre d'erreur...

Et Pauline, ma fiancée, mon amoureuse au grand cœur. Merci pour ton soutien indéfectible, ta douceur inébranlable et ton recul permanent sur la vie. Je n'aurais jamais terminé ce travail sans ta chaleureuse présence réconfortante, ni sans notre merveilleuse enfant, Ava, qui m'a permis d'oser poser le point final de cette aventure.

Enfin, une pensée toute particulière à tous mes patients et leurs familles, ceux de ce texte et les autres. Vous faites voler en éclats toutes mes certitudes. Je vous en remercie. Ce travail, c'est aussi un peu le vôtre.

Table des matières

RESUME	5
ABSTRACT	6
REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIERES	11
AVANT-PROPOS	17
INTRODUCTION	23
1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE	25
2 REGARD INTUITIF SUR L'ANOREXIE MENTALE	29
3 OBJECTIFS ET STRUCTURE DE LA RECHERCHE	33
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	37
1 CHAPITRE 1 : L'ANOREXIE MENTALE DANS TOUS SES ETATS	39
1.1 Le mythe d'un idéal	39
1.1.1 Au fil du temps	39
1.1.2 Une histoire de beauté ?	42
1.2 La mise en scène psychiatrique	46
1.2.1 L'Anorexie mentale, au-delà du concept.....	46
1.2.2 L'erreur étymologique	49
1.2.3 Au regard des mouvements étiopathogénique et nosologique	51
1.3 Par-delà <i>Social</i> et <i>Médical</i>	56
1.3.1 L'anorexie mentale ou le fruit d'une aliénation sociétale	56
1.3.2 L'anorexie mentale au regard des sciences endocriniennes et neurocognitives.....	60
1.4 Problématiques corporelles et risque vital.....	63
1.4.1 Le corps anorexique ou le fantôme giacomettique.....	63
1.4.2 Regard sur les troubles somatiques et biologiques associés	66
1.5 L'Anorexie mentale, une clinique au féminin	68
1.5.1 La femme dans le piège mythologique	68
1.5.1.1 Le mythe et l'inconscient.....	68
1.5.1.2 La place de la sexualité féminine dans les mythes.....	70
1.5.2 Passivité et Activité, ou la dialectique de la différence des sexes	74
1.5.3 Féminité réprimée : un symptôme adolescent ?.....	76
1.5.4 Le refus du féminin selon J. Schaeffer	79
2 CHAPITRE 2. DU PLAISIR A L'EFFROI : TRAJECTOIRE DU SEXUAL	85
2.1 Le primat de l'autre dans la formation de l'âme humaine	85
2.1.1 Le plaisir : de l'hédonisme au grand principe freudien	85
2.1.2 La réalité psychique au-delà du principe	89
2.1.3 La destructivité : l'expression des instincts et des passions humaines....	92
2.1.4 La mère : à la vie à la mort.....	96
2.1.4.1 La séduction maternelle précoce	96
2.1.4.2 Le complexe de la mère morte d'A. Green.....	100
2.1.5 La séduction à l'origine : le renversement laplanchien.....	102
2.1.6 Les folies paternelles et la monstruosité sexuelle de l'homme.....	107

2.2	L'adolescence à l'épreuve de l'ordre érotique	111
2.2.1	L'Adolescence : entre Angoisse, Symptôme et Débordement	111
2.2.2	Du corps biologique au corps érotique : la subversion libidinale.....	116
2.2.3	La puberté traumatique ou le retour de l'effroi.....	120
2.2.3.1	L'effraction pubertaire : entre après-coup et clivage	120
2.2.3.2	L'anorexie mentale au regard de la théorie du trauma	125
3	CHAPITRE 3 : PATHOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENCE : DES SPECIFICITES CLINIQUES AUX REPONSES THERAPEUTIQUES	129
3.1	La traversée mélancolique ou le voyage anorexique	129
3.1.1	De la dépressivité à la mélancolie	129
3.1.1.1	La mélancolie aux origines	129
3.1.1.2	La dépressivité.....	130
3.1.1.3	De l'hypothèse mélancolique au féminin mélancolique de C. Chabert.....	132
3.1.2	De la mélancolie cannibalique aux hypothèses sur le masochisme	134
3.1.2.1	La problématique cannibalique.....	134
3.1.2.2	Hypothèses sur le masochisme anorexique	136
3.2	Fonctionnement limite et agir compulsif : entre addictions et fragilité narcissique	140
3.2.1	Au cœur des folies compulsives : l'addiction	140
3.2.2	Pathologie du narcissisme.....	143
3.2.2.1	Le narcissisme, au-delà du concept	143
3.2.2.2	Le narcissisme dans les troubles alimentaires.....	146
3.2.2.3	Narcisse, ou la figure anorexique.....	148
3.2.2.4	Retour aux origines mythiques.....	150
3.3	Forces et faiblesses du système défensif.....	151
3.3.1	Le moi et son double : clivage, petite voix, bidimension et dissociation	151
3.3.2	La tyrannie anorexique ou l'avatar de l'intégration anale	154
3.3.3	L'alexithymie : de l'interdit d'éprouver au silence des émotions	157
3.4	L'Anorexie mentale à l'épreuve du soin	159
3.4.1	L'anorexie mentale dans le soin d'hier à aujourd'hui.....	159
3.4.2	L'hospitalisation en pédopsychiatrie, au-delà de la contrainte	164
3.4.3	La dimension contractuelle.....	166
	SYNTHESE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	169
	DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE.....	173
4	CHAPITRE 4. QUESTIONS DE DEPART, OBJECTIFS ET CONSTRUCTION DE LA RECHERCHE	175
4.1	Questions de départ et problématique	175
4.2	Hypothèses	176
4.3	Objectifs et axes de recherche.....	178
4.4	Construction de la recherche.....	178
5	CHAPITRE 5. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	181
5.1	La recherche en psychanalyse.....	181
5.2	Choix de la méthodologie : la recherche clinique	181
5.3	Outils de recherche clinique	182
5.3.1	La clinique phénoménologique	183
5.3.1.1	L'épochè husserlienne.....	183
5.3.1.2	L'être-là : le rôle du prochain	184

5.3.2	L'observation clinique.....	185
5.3.3	L'entretien clinique	185
5.3.4	Le psychodrame triadique.....	187
5.3.4.1	Retour sur une discipline.....	187
5.3.4.2	Le psychodrame, une méthode d'action	188
5.3.4.3	L'œuvre d'un artiste	190
5.3.4.4	A-A. Schutzenberger et le psychodrame triadique.....	191
5.4	Contexte, population, et les espaces de la recherche	193
5.4.1	Le service de pédopsychiatrie	193
5.4.2	Caractéristiques de la population étudiée	194
5.4.3	Les entretiens cliniques.....	194
5.4.4	Les groupes de psychodrames : cadres, règles et spécificités.....	195
5.4.4.1	Le groupe de psychodrame de l'unité (Groupe 1).....	195
5.4.4.2	Le groupe de psychodrame de la consultation (Groupe 2).....	197
5.4.4.3	Les règles et consignes du groupe.....	199
5.5	Méthode d'analyse	200
TROISIEME PARTIE : ETUDES DE CAS.....		201
6	CHAPITRE 6. A L'AUBE DU CRÉPUSCULE	203
6.1	Julie.....	203
6.1.1	Histoire de Julie	203
6.1.2	La problématique cannibalique.....	206
6.1.1	Des mouvements passionnels des adultes aux traumatismes infantiles.....	208
6.1.2	L'envie de guérir l'autre contre la peur de « tomber guéri »	210
7	CHAPITRE 7 : LA PETITE VOIX OU L'AUTRE MOI	213
7.1	Laure	213
7.1.1	Histoire de Laure.....	213
7.1.2	La sociométrie, ou la mise en lumière des relations intersubjectives.....	214
7.1.3	De l'assouplissement des résistances au retour de la réalité	216
7.1.4	Pour une réorganisation des investissements objectaux.....	218
7.1.5	Le transfert : un puissant levier dramatique.....	219
7.1.6	Au-delà des forteresses : les alternatives.....	220
8	CHAPITRE 8 : THEATRE DES LIMITES ENTRE JEU ET REALITE	223
8.1	Alana.....	223
8.1.1	Histoire d'Alana	223
8.1.2	La première rencontre : entre déni et démenti.....	223
8.1.3	Le rôle, le porte-parole du moi et de son double.....	225
8.1.4	Regard sur la dynamique transférentielle	226
8.1.5	La solution anorexique : plutôt agir que subir	228
9	CHAPITRE 9 : A CONTRE COURANT : LE CHAUD ET LE FROID.....	231
9.1	Flore.....	231
9.1.1	Histoire de Flore.....	231
9.1.2	Du refus d'être aimé au refus d'éprouver.....	233
9.1.3	De la séduction du père à la perversion froide.....	237
9.1.4	Le contre-transfert : entre angoisse et désir soignants	239
10	CHAPITRE 10 : LE DEGOUT ET LES CHOSES	243
10.1	Hélène.....	243
10.1.1	Histoire d'Hélène	243

10.1.2	L'emprise sur l'objet ou la tentative d'exister	245
10.1.3	Du viol psychique à la haine des hommes.....	248
10.1.4	Au fil du temps et de la désillusion	250
10.1.5	De la haine du psy à l'ouverture à la psychosexualité	252
11	CHAPITRE 11 : LA BELLE AU BOIS VIOLENT	255
11.1	Iris	255
11.1.1	Histoire d' Iris.....	255
11.1.2	La boutique magique : « j'ai besoin d'une vraie mère »	257
11.1.3	De la mère morte à l'impuissance expressive.....	259
	QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....	263
12	CHAPITRE 12 : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	265
12.1	Les « 3 A » : un repère clinique toujours d'actualité.....	265
12.2	Les « 3D » : pour un nouveau repère clinique.....	270
12.3	L'angoisse de débordement ou la terreur de la passivité.....	273
12.4	Du fantasme de débordement, ou la voracité boulicannibalique	276
12.5	La solution anorexique : un agir féministe.....	279
12.5.1	L'agir féministe ou la mise en acte d'un féminisme anachronique.....	279
12.5.2	Les « pro-ana » ou la réification de la féminité.....	280
12.5.3	L'inégalité des sexes, ou la différence avec les anorexies masculines.....	281
12.5.4	De l'intromission du sexuel au <i>féminin traumatique</i>	283
12.5.5	L'infériorité du féminin : des origines à aujourd'hui	285
12.6	La frénésie privative : un processus créatif pour échapper aux passions destructives ?.....	286
12.6.1	Le refus de l'ordre naturel des choses.....	286
12.6.2	L'ordre vital, ou la reconquête du corps érotique.....	288
12.7	La certitude du pire : un obstacle au soin.....	289
12.7.1	La pathologie du narcissisme : je suis dans le pire donc j'existe.....	289
12.7.2	Le tyran et sa proie : itinéraire d'une relation fécalisée	291
12.7.3	L'enfer, c'est l'autre moi	292
12.7.4	La solution anorexique, un projet à moyen terme	294
12.8	L'hospitalisation : non-lieu psychique et immobilité motionnelle ?	295
12.8.1	La séparation ou l'alimentation du processus mélancoliforme.....	295
12.8.2	L'obsession du symptôme alimentaire ou le déni de la subjectivité.....	297
12.9	La position phénoménale pour lutter contre la iatrogénie transférentielle soignante.....	299
12.10	Le contrat moral (co-pensé et co-construit avec l'équipe de soin).....	302
12.10.1	La rencontre : la réduction transcendantale.....	303
12.10.2	Une écoute partagée : entre rencontre, traduction et humilité.....	303
12.10.3	La pulsion de vie : le plaisir d'abord, lentement mais sûrement	304
12.10.4	Le contrat moral et ses libertés.....	305
12.10.5	Eviter le piège de la confusion.....	306
12.10.6	Au-delà des résultats : mes constats et mes observations	308
13	CHAPITRE 13 : LIMITES, TRANSFERTS ET FANTASMES SUR LA THESE	311
13.1	L'inconscient idiosyncrasique.....	311
13.2	Pourquoi effectuer un travail doctoral sur l'anorexie mentale de l'adolescence ?.....	311

13.3	La bisexualité psychique, ou le regard ouvert sur le couple passif/actif ...	312
13.4	La subjectivité du chercheur : un outil de compréhension.....	313
14	CHAPITRE 14 : OUVERTURE ET PERSPECTIVES	315
14.1	Perspectives de recherche.....	315
14.2	Perspectives cliniques	315
CONCLUSION.....		317
BIBLIOGRAPHIE		323
INDEX DES PRINCIPAUX CONCEPTS		359
INDEX DES PRINCIPAUX AUTEURS		365

AVANT-PROPOS

« Qu'est-ce c'est que connaître ? - Ne pas rire, ni pleurer, ni détester, mais comprendre ! dit Spinoza, avec cette simplicité et cette élévation qui lui sont propres »².

F. Nietzsche

² Nietzsche, F. (1882). Le gai savoir (éd 1989). Paris : Gallimard

AU COMMENCEMENT :

Mon travail de thèse a probablement débuté lorsque j'ai commencé mon activité de psychologue et de psychothérapeute au sein de l'unité d'hospitalisation pour adolescents d'un service de pédopsychiatrie d'un CHU de Clermont-Ferrand³. Ma vie universitaire n'était pas éloignée et l'envie de comprendre ce qui échappe à la logique de la raison ne m'avait pas vraiment quitté. C'est donc lancé dans le grand bain de la clinique de l'adolescence, celle que les cours de psychologie ne nous enseignent pas, que mon désir d'approcher de plus près la psychopathologie des profondeurs à émergé. J'ai ainsi exploré le monde exigeant de la connaissance inspirée et du savoir sentencieux avec mon regard ripoliné de jeune thérapeute. Je me suis ainsi laissé surprendre par les contraintes et les asservissements d'une telle entreprise, audacieuse mais ô combien stimulante lorsque *l'épistémè s'agite* au loin comme l'un des objectifs à atteindre. J'ai de ce fait connecté avec le doute que la solitude inflige et l'excitation infantile que la révélation suscite pour finalement admettre, que j'étais depuis toujours un chercheur malgré moi, perdu dans le néant du cosmos, désireux de percer subrepticement les secrets du monde humain.

Poussé par mon désir de douter de presque tout, je cherche en effet depuis longtemps à résoudre les énigmes du normal et du pathologique d'un monde insaisissable. Le doute, indispensable pour démontrer les erreurs de la certitude, reste selon moi l'outil nécessaire pour penser avec raison et éviter le piège de l'absolue vérité. Il me semble en tout cas que le travail du chercheur ne se réduit effectivement pas aux investigations menées en laboratoire. Sur le terrain, la subjectivité du clinicien interroge l'environnement quotidiennement. Cela me semble intrinsèque à tous les thérapeutes aux prises avec les dites incohérences de notre vaste monde, qui plus est lorsqu'elles viennent toucher des êtres vulnérables en souffrance et en danger. Mais *le doute extrême* reste absurde (tout autant que la vie elle-même) et peut se révéler contreproductif voire générer d'importants dommages collatéraux s'il n'est pas contenu, accompagné et dosé. Proche d'un *scepticisme modéré*⁴, nécessaire pour se prémunir des croyances naïves et des jugements hâtifs, *le doute* que je défends ici découle de la volonté à remettre en question les représentations sur le monde afin de ne jamais s'arrêter de penser. Il se diffère également du *doute méthodique*⁵, doute provisoire qui n'a que pour objectif de vérifier les certitudes et de valider les vérités certaines.

DECONSTRUIRE POUR COMPRENDRE :

J'ai été un jeune clinicien, leurré par le tourbillon d'illusions hérité de l'université, aveuglément convaincu que la force de la jeunesse suffirait à supporter les décalages entre la réalité psychiatrique et la fiction théorique. Mon ambition était animée d'une précieuse *naïveté*⁶ que je faisais vivre sans crainte à travers une « attitude naïve »⁷. Malgré tout, j'étais silencieusement et inconfortablement bien conscient des manques qui étaient les

³ En Mars 2013

⁴ Hume, D. (1779). Dialogues sur la religion naturelle (ed. 2005). Paris : Vrin

⁵ Descartes, R. (1637). Discours sur la méthode (ed. 2020). Paris : le livre de poche

⁶ Au sens de la spontanéité et de la simplicité naturelle tel que l'écrit Montaigne. A différencier du doute Voltairien dénoncé dans *Candide*. Voltaire. (1759). *Candide* (éd 2000). Paris : Livre de poche

⁷ Granier, J. (1977). 10 - Discours philosophique et attitude naïve. Dans : J. Granier, *Le discours du monde: Essai sur la destination de la philosophie* (pp. 262-281). Paris: Le Seuil

miens. En effet, au-delà de l'expérience professionnelle, j'ai très vite compris que quelque chose de très précieux me manquait : le savoir. Oh, je ne parle pas ici du savoir intelligible, laborieusement acquis au cours de longues séances fastidieuses d'enseignements théoriques ou autres lectures tout aussi techniques que soporifiques. Ce savoir m'intéresse peu car il m'éloigne personnellement de la vie sensible des êtres humains. Le savoir ontologique, celui de l'expérience humaine et de la psychopathologie dans ce qu'elle a de plus difficile à saisir, m'attire beaucoup plus et réveille en moi une sincère curiosité, tout aussi humble que réfléchie.

Par manque de savoir et d'expérience, je ne connaissais finalement pas grand-chose, au-delà des jolis mots que j'adorais manipuler pour embellir mes explications « théorico-cliniques ». Rendre mon propos incompréhensible et peu profond devait certainement me rassurer, me garantir une certaine légitimité intellectuelle et professionnelle au-delà de préserver mon narcissisme. Mais qu'il est difficile de rester au contact de la science, de la littérature et de la recherche lorsqu'on est confortablement installé dans le confort du quotidien. Et pourtant, qu'il est ô combien nécessaire d'écrire, de parler et d'échanger sur sa pratique afin d'être en capacité d'interroger tous les mouvements transférentiels qui jaillissent de l'intersubjectivité clinique. C'est alors bien conscient de ces constats, effrayé à l'idée de m'enfermer dans la facilité institutionnelle, inquiet de ne pouvoir accorder ma sensibilité clinique à celle de la littérature, anxieux à l'idée de devoir douter seul sans outil d'analyse, que j'ai accepté les missions d'enseignement que le CHU proposait. Cette mission de transmission m'a permis de me replonger dans les lectures dites « théoriques » et me donner l'occasion de « conceptualiser » mes hypothèses intuitives. Remettre le pied à l'Université en « donnant des cours » est certainement le point de départ de mon aventure doctorale.

OSER SAVOIR :

Préparer des cours de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, en les illustrant de *vignettes cliniques* pour habiller des concepts tout aussi complexes que farfelus, m'a permis de faire un constat inhérent à la synergie de la pensée objective du *professeur suffisamment bon*. Effectivement, garder une activité de thérapeute d'institution en parallèle d'une activité de transmission m'a donné l'occasion de prendre conscience d'une partie de la réalité scientifique : la théorie pensée pour la classification psychiatrique est une illusion, une *illusion de la maîtrise*⁸ qui rassure mais qui enferme, qui donne du sens au non-sens au-delà de leurrer tous les acteurs de soins et leurs patients de la réalité du fond des choses. Peut-être pire encore, elle peut nous faire faire l'économie du sujet en tant qu'être sensible et vivant.

C'est donc dans ce mouvement de pensée que je qualifierais de « socratique »⁹ que mes doutes et mes ignorances se sont rencontrés. Je devais accepter ce qui advenait : plus j'en apprenais et moins j'en savais, mais plus je me déconnectais des théories sur le monde

⁸ Dumont, P., Terral, D. & Fénéon, D. (2021). Du contrat de poids au contrat moral: Modèle de prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence. *Psychotropes*, 27, 133-148.

⁹ En lien à la maxime attribuée par Platon à Socrate dans *Apologie à Socrate* : « je sais que je ne sais rien » au-delà du fait que l'idée socratique serait plutôt à comprendre comme « ce que je sais, je ne pense pas non plus le savoir » et ainsi, admettre que l'ignorance est le premier savoir nécessaire pour continuer de penser et que les certitudes nous plongent dans l'ignorance la plus totale.

et plus je me sentais sincère dans mes rencontres cliniques. Cela m'a conduit à me poser deux questions : Les purs universitaires (sans pratique clinique menée en parallèle) sont-ils réellement déconnectés de la réalité du vivant ? Les purs praticiens (sans activité de recherches menée en parallèle) sont-ils réellement déconnectés de la réalité théorique et scientifique ? Sans réponse particulière à donner, ce travail de thèse me permet toutefois de réunir ces deux réalités, indissociables et terriblement complémentaires...

Bien lucide sur le fait que mes connaissances actuelles en psychopathologie clinique m'offrent une précieuse légitimité pour accueillir et accompagner des adolescents en souffrance, j'aime l'idée que « penser savoir » ne signifie en rien « penser être dispensé d'apprendre ». C'est donc, sans me soumettre à un scepticisme convaincu (qui ne servirait qu'une doctrine dogmatique supplémentaire et m'éloignerait des réponses auprès desquelles je cours constamment), que je propose dans ce travail de prendre certaines distances avec les dogmes intellectuels. Un doute, bien contenu, reste en effet la clé de tout savoir et la certitude d'avoir raison me semble constituer les fondations d'une voie royale pour l'erreur. Ce postulat que je pose est le point de départ de cette thèse. Et si F. Nietzsche¹⁰ nous prévient que le concept est une invention à laquelle rien ne correspond exactement, ce travail de recherche s'attachera à ne jamais trop s'éloigner de l'idée qu'avoir compris, c'est peut-être aussi avoir un peu tort. Je prévient de ce fait le lecteur. Mes idées, animées d'une authentique curiosité, doivent toujours s'entendre comme des propositions. Elles ne prétendent donc à aucune exhaustivité.

« *Sapere aude* » me dirait E. Kant... Je ne peux il est vrai totalement dédaigner ce qui enrichit et élève les consciences car bien sûr, les notions théoriques sont nécessaires et précieuses. Elles peuvent certes nous piéger et amputer le patient de son potentiel existentiel, mais elles représentent un cadre de référence indispensable autour duquel nous pouvons nous repérer, nous ressourcer et nous appuyer, afin d'accompagner les sujets qui souffrent au plus près de leurs besoins. La théorie est effectivement inhérente à toutes les disciplines, scientifiques ou non. Elle nous permet d'impulser le sens de direction de nos recherches et de nos pensées. Elle répond à l'ignorance des choses et s'avère *absurde*¹¹, si et seulement si, un brin de révolte, au sens camusien du terme, ne l'accompagne pas. « La science manipule les choses et renonce à les habiter »¹² nous prévient M. Merleau-Ponty. Je prends note de ce précieux conseil, afin de ne jamais trop prendre de distance avec ce que j'observerai ; afin de percevoir et sentir l'objet étudié au plus près de ce qu'il est réellement.

Ce travail de thèse me permet d'aborder tout ce qui semble dépourvu de sens, mais avec sérénité pour oser l'initiative audacieuse de dépasser les croyances existantes pour peut-être, humblement, essayer d'approcher une certaine forme de savoir, nécessaire pour comprendre et expliquer toute la complexité du vivant. Toujours désireux de nourrir ce qui anime le musicien que je suis, je me suis attaché à le composer comme une œuvre artistique. Mes retouches, mes approximations et mes doutes rendent probablement certains passages un peu bancals et laborieux. Mais ma sensibilité et ma sincérité ont je l'espère, permis de faire sonner l'ensemble de façon juste et harmonieuse. Témoignage de mon aventure doctorale, ce travail vous partage tout au fil des pages mon expérience aussi

¹⁰ Corman, L. (1982). Nietzsche : psychologue des profondeurs. Paris : Puf

¹¹ Camus, A. (1942). Le mythe de Sisyphe. Paris : Folio

¹² Merleau-Ponty, M. (1964). L'œil et l'esprit. Paris : Gallimard p.1

bien professionnelle que personnelle. Vous pourrez suivre de façon chronologique l'évolution de ma pensée et celle d'un projet de soin qui s'est réfléchi sur plusieurs années. Mais l'univers que je vous invite à découvrir n'est pas seulement celui d'un service hospitalier, ni celui d'un psychologue consciemment chercheur pour l'occasion. Il représente celui de toute la pédopsychiatrie et de tous ses acteurs, soignants comme patients. A travers ce long récit, vous ferez la rencontre d'adolescentes aux prises avec l'anorexie mentale (AM). Je vous raconte leurs histoires, sincères et non fictives, souvent douloureuses mais jamais dépourvues de désir. Afin de respecter leur anonymat, certains détails biographiques (prénoms, âges, caractéristiques esthétiques) ont été modifiés.

REMARQUES :

Je tiens à souligner que pour l'élaboration de cette thèse, j'emploierai le féminin au vu de la prévalence du trouble qui nous rappelle que l'anorexie mentale est avant tout une pathologie qui touche majoritairement des jeunes filles et des jeunes femmes (sex ratio : 1 homme pour 10 femmes). Cependant, certaines notions que nous aborderons seront compatibles avec les sujets masculins. Je ne les oublie pas...

De plus, je tiens à préciser que cette entreprise n'a pas pour objectif de réduire l'adolescent malade au statut d'objet de connaissance, objet au service de la pensée clinique mais bien au contraire, elle a pour but de faire émerger une clinique de la pensée au service de l'adolescent qui souffre et de toute la pédopsychiatrie en général.

INTRODUCTION

« La féminité c'est la putasserie. L'art de la servilité. On peut appeler ça séduction et en faire un machin glamour. Ça n'est un sport de haut niveau que dans très peu de cas. Massivement, c'est juste prendre l'habitude de se comporter en inférieure»¹³ .

V. Despentes

¹³ Despentes, V. (2007). King Kong théorie. Paris : livre de poche

1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

J'exerce en tant que psychologue clinicien dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents du service de pédopsychiatrie du CHU Gabriel Montpied. Au contact avec la clinique de l'adolescence depuis plus de dix ans, ce travail de thèse s'est imposé à moi comme une évidence, telle une étape inévitable de mon parcours professionnel.

C'est en écho à la clinique de l'agir, celle qui conduit la majorité des patients à être hospitalisés, que j'ai décidé d'essayer de répondre aux questions que posent les nouvelles modalités nosographiques contemporaines. En effet, les données cliniques actuelles, dont le sens échappe parfois à l'analyse conceptuelle, invitent les chercheurs à interroger et éclairer les symptomatologies corporelles compulsives si caractéristiques des adolescents de nos jours. Les automutilations, les tentatives de suicide, les addictions, les fast-sexes, les troubles de l'identité et autres troubles des conduites alimentaires ne semblent pas toujours trouver leurs places dans les anciens paradigmes et autres modèles structuraux de la psychopathologie clinique. Et si les pathologies de l'agir illustrent le débordement mélancolique de la « modernité » d'un monde en perpétuelle évolution, il est alors indispensable de repenser les bases théoriques et cliniques nécessaires pour continuer de travailler dans des contextes de soins adaptés. En effet, quand les contextes changent, les données changent...

Mais *où sont passés les névrosés ?*, interroge ironiquement B. Faure ¹⁴. Effectivement, il est peu fréquent d'entendre dans les services de soins pédopsychiatriques un médecin ou un soignant parler d'hystérie ou de troubles obsessionnels pour « catégoriser » symptomatologiquement son patient, probablement parce que l'hospitalisation des adolescents n'est rarement le fait d'une affection névrotique ordinaire. Elle reste majoritairement la réponse apportée à des pathologies de l'agir dont le narcissisme défaillant entrave le déroulement du processus adolescent. Et si l'abondance des cas dits *borderline* ne reste probablement que l'expression des nouvelles modalités de l'existence, il n'empêche que de nombreux professionnels expérimentés, fidèles à leur filiation théorique, sont dépassés par des *conduites compulsives* ¹⁵ adolescentes toutes aussi bruyantes qu'énigmatiques.

Ce travail de thèse tente d'apporter des réponses aux questionnements que posent une forme particulière de la clinique de l'agir, l'anorexie mentale de l'adolescence. Il existe en France une jeune fille sur cent qui souffre de trouble des conduites alimentaires (TCA), soit autant de familles dépourvues de réponses ou de solutions. Cet énième travail de recherche sur les TCA n'abordera cependant que sa forme la plus spectaculaire au-delà d'être la plus connue, l'anorexie mentale. J'ai donc bien conscience de délaissier en apparence les questions que posent la boulimie et les autres troubles des conduites non spécifiés (TCANS) mais nous verrons que des liens peuvent se faire au regard de leurs similitudes compulsives. En effet, la formule « c'est plus fort que moi » ne vient-elle pas résumer autant les conduites de restrictions alimentaires que les débordements boulimiques ? Je soutiens en effet l'idée que la boulimie est l'un des fantasmes sous-jacents de l'adolescente anorexique. Boulimie et Anorexie peuvent de ce fait se penser comme le double versant d'une même entité psychopathologique, « les deux faces d'un

¹⁴ Faure, B. (2020). La France : un état-limite ? Où sont passés les névrosés ?. Le Journal des psychologues, 380, 68-72.

¹⁵ Estellon, V. (2016). Les folies compulsives. Paris : Dunod p.1

même processus »¹⁶. Nous verrons cependant que le destin des investissements d'objets et narcissiques peuvent diverger en fonction des différents fonctionnements de personnalité. Cependant, nous pouvons déjà noter que « deux tiers des anorexiques verseront dans la boulimie »¹⁷. Je tenterai d'expliquer pourquoi.

Au-delà de penser le syndrome d'AM au regard de la métapsychologie, cette recherche vise également à comprendre pourquoi les hospitalisations en pédopsychiatrie sont susceptibles d'aggraver l'état général de santé de certaines patientes. Certes, l'hôpital favorise la régression « inhérente à toute relation thérapeutique »¹⁸. Mais il peut également rendre malade ! Quelle drôle d'idée, pourtant si vraie... J. Oury et les militants de la psychothérapie institutionnelle nous rappellent en effet qu'à la source de toute forme de folie existe une « double aliénation »¹⁹ : une aliénation sociale et une aliénation psychopathologique. Ainsi, le soin en pédopsychiatrie, comme dans tous les autres lieux de soins, se doit de lutter contre cette double aliénation et d'orienter impérativement ses actions thérapeutiques vers les patients mais également envers l'institution elle-même afin de lutter contre la iatrogénie hospitalière bien connue dans les services de santé mentale. Le lieu de soin se doit en effet de rester un espace psychique dans lequel les conflits intrapsychiques peuvent venir se dérouler sans trop de difficultés. Ceci demande inexorablement aux soignants un travail d'auto-analyse nécessaire pour traduire les mouvements transférentiels qui jaillissent dans l'intersubjectivité. Je soutiens ici l'idée que sans ce travail d'analyse, les attitudes contre-transférentielles soignantes peuvent créer une atmosphère de rivalité dans laquelle le processus de soin peut s'enliser dans une dynamique sadique-anale mélancoliforme.

Problématique de terrain :

Chaque semaine se déroule dans le service la visite médicale, animée par tous les acteurs de soins de l'équipe soignante. Médecins, infirmiers, aides-soignants, internes, étudiants et moi-même, sommes présents, installés dans de confortables canapés pour accueillir à tour de rôle tous les patients. Les adolescents hospitalisés viennent un à un, discuter de leur projet de soin et du sens qu'ils peuvent donner à leur présence dans l'unité. Le plus souvent, ils réclament de sortir d'hospitalisation le temps du week-end, pour une permission. Au-delà des situations familiales dites problématiques, refuser une permission à un patient est généralement décidé en fonction des risques que la sortie pourrait occasionner. Et pourtant... Cette décision peut également répondre à une logique automatique que l'on appelle tout simplement *le principe*. Mais les principes figent les vertus de l'esprit et font l'économie des mouvements de pensées intrinsèques à la cohérence des évidences... Cette allégeance au *principe institutionnel* m'a amené à questionner un fonctionnement historiquement inscrit dans un savoir-faire indiscutable : les contrats de poids. Intuitivement, je sentais que cette méthode pouvait faire l'économie de la sensibilité du sujet. En effet, faire par principe annule automatiquement la singularité du patient, sa demande et son désir. Je nomme en tout cas ce phénomène

¹⁶ Vermorel, H. & Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1537-1549.

¹⁷ Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie mentale*. Paris : Odile Jacob p.89

¹⁸ Desveaux, J. (2016). Penser le soin des adolescents en institution à partir des apports de Winnicott. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 131-166.

¹⁹ Delion, P. (2014). Hommage à Jean Oury (1924-2014). *L'information psychiatrique*, 90, 503-505.

malheureusement trop présent dans les institutions de soins le « *principe de principe* ». Faire par principe, par et pour le principe, c'est d'abord n'écouter que soi, ses angoisses et ses fantasmes. Il me semble que cela ne fait malheureusement qu'alimenter les phénomènes aliénants qui font tant de mal à la dialectique soignant-soigné.

L'unité d'hospitalisation du service de pédopsychiatrie peut accueillir 12 patients à temps complet. Tous présentent une symptomatologie singulière et particulière même si le *mal d'exister*²⁰ justifie la totalité des hospitalisations. La majorité de ces patients ne sont pas aux prises avec d'aussi lourds troubles psychiatriques que les services d'adultes connaissent bien (telle que la schizophrénie). La vie les a terriblement abîmés et leur souffrance est devenue si insupportable que seul le passage à l'acte, le plus souvent autodestructeur, semble pouvoir paradoxalement les libérer du mal intolérable qui les habite. Véritables petits demandeurs d'asile, ils viennent trouver refuge dans un espace qui les protège des enjeux de la vie. La difficulté d'être est parfois si forte que l'hôpital devient une *hétérotopie*²¹, un espace dans lequel l'illusion de l'utopie devient le seul lieu de vie envisageable. Mais parmi ces adolescents hospitalisés végètent des jeunes filles tout aussi malheureuses qu'amaigries. En bande, elles attendent inlassablement leur tour de visite, animées d'un urgent besoin : manifester leurs mécontentements sur leurs projets de soins qu'elles jugent injustes et incohérents... S'en suit une négociation empreinte de fortes revendications en lien avec leurs « conditions » d'hospitalisation. De semaine en semaine, de visite en visite, leurs questions sont souvent les mêmes, les réponses qu'on leur apporte le sont tout autant.

Un soir de l'hiver 2014, Julie a pris place comme chaque semaine face à son auditoire pour son temps de visite. Très affaiblie physiquement et psychiquement, elle nous demanda d'une voix douce et fébrile si elle pouvait rentrer chez elle ce week-end car sa famille lui manquait énormément. Mais comme depuis plusieurs longues semaines, les médecins lui ont répondu avec bienveillance qu'elle devait faire plus d'efforts pour obtenir cette permission et qu'elle était malheureusement encore loin du « poids de visite ». Les larmes plein les yeux, implorant au supplice pour se voir accorder à minima un temps de visite, sa petite rébellion ne fera pas le poids face à l'ogre institutionnalisé autour du contrat de poids. Une infirmière lui rappela par ailleurs d'un ton sec que ses paramètres somatiques étaient très inquiétants et que si elle ne voulait pas manger, il ne fallait pas venir se plaindre. Fin de discussion... Le contrat, c'est le contrat! Julie passera le week-end seule à l'hôpital. Quelques semaines plus tard, elle passera Noël en pédiatrie car sa santé s'est entre-temps terriblement dégradée. La « rechute » fait cependant partie des aléas logiques du soin, mais à la suite de cette visite hebdomadaire, coincée depuis plusieurs longues semaines à un poids ne lui offrant pas la possibilité de voir ses parents, Julie s'est déprimée et a « relâché » ses efforts, épuisée. Alors, avons-nous eu tort de la « priver » d'un temps si précieux pour « faire famille » ? Oui, car l'objection était le résultat d'une non-réflexion soumise au *principe de principe*. Mais n'est-il pas plus important de protéger une si jeune adolescente dont les très faibles paramètres somatiques engagent le pronostic vital ?

Julie est une jeune adolescente de 13 ans hospitalisée depuis quatre mois en pédopsychiatrie. Elle n'est malheureusement pas un cas isolé. Bien au contraire. Ce soir

²⁰ Estellon, V. (2014). La douleur d'exister. *Le Carnet PSY*, 178(2), 24-28. doi:10.3917/lcp.178.0024.

²¹ Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard.

d'hiver brumeux, quatre autres jeunes filles souffrant du même trouble psychopathologique attendent leur tour de visite. Ce trouble, c'est l'anorexie mentale. Il touche 1% de la population des 12- 25 ans et 9 cas sur 10 sont des filles. Plus grave encore, c'est le trouble psychiatrique qui détient le taux de mortalité le plus élevé, environ 7 à 10%²².

Je constate en point de départ de ce travail que le contre transfert soignant raconté ci-dessus a fait donc l'économie des conflits intrapsychiques sous-jacents et par conséquent, de l'incommensurable souffrance existentielle avec laquelle se retrouvent Julie et des adolescentes, prisonnières d'un trouble terriblement meurtrier. L'AM tue ses victimes bien plus que « la dépression ou la psychose »²³ et 5 à 15%²⁴ des personnes atteintes mourront prématurément. 20%²⁵ d'entre elles garderont des séquelles invalidantes qui les obligeront à rester en lien avec un service de médecine (psychiatrique et/ou somatique). Mais si en 2012 C. Lamas soulignait une augmentation significative de l'incidence de l'anorexie mentale en psychiatrie, elle spécifiait en parallèle qu'on ne pouvait pas « conclure à une réelle augmentation de l'incidence dans la population générale »²⁶. Ce serait cependant aujourd'hui 5 à 7%²⁷ de la population occidentale qui souffrirait de troubles des conduites alimentaires (TCA) et tous les experts de la *médecine infanto-juvénile* s'accordent à penser que la crise de la Covid-19 n'a fait qu'aggraver les choses et constatent une augmentation des décompensations lors du confinement 2020²⁸.

²² Source INSERM

²³ Perroud, A. (2021). Savoir traiter l'anorexie mentale. Des racines de la maladie à sa prise en charge globale. RMS éditions p.11

²⁴ Ibid, p.11

²⁵ Ibid, p.11

²⁶ Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I., Guelfi, J.D. (2012). Les troubles du comportement alimentaire. Paris : Elsevier Masson p.59

²⁷ Ibid, p.15

²⁸ Sulimovic, L., Lamas, C. & Corcos, M. (2021). Anorexie et confinement : à la recherche du temps suspendu. *Enfances & Psy*, 90, 82-92.

2 REGARD INTUITIF SUR L'ANOREXIE MENTALE

« De la sincérité empathique »²⁹ :

Dès mes premières expériences de clinicien, je me suis souvent demandé pourquoi ces jeunes adolescentes à qui tout semble réussir pouvaient s'infliger de tels sacrifices. Pourtant perçues la plupart du temps comme des enfants « modèles » dans les différents espaces de la cité (école, sport, famille), elles m'apparaissent malheureusement plus « modelées » par des exigences extérieures et totalement soumises voire tributaires des pressions dites culturelles et sociales, comme « condamnées à l'excellence »³⁰. Alors se sacrifier pour échapper à qui ? Résister pour se refuser à quoi ? Ce sont ces questions, qui nourrissent le fameux *mystère anorexique*³¹, qui me conduisent à mener cette recherche. Comprendre ce qui échappe à l'ordre établi, pour proposer des alternatives thérapeutiques, bien conscient que mes réponses n'échapperont pas au principe nietzschéen qu'il n'existe aucun fait, seulement des interprétations. Mes interrogations et mes actions devront de ce fait faire l'objet d'une analyse afin de mettre en lumière tous les processus psychiques agissant dans l'espace intersubjectif de la rencontre thérapeutique : transfert, refoulement, répétition, projection... En effet, mon âge, mon genre et ma façon de vivre le monde et de l'interpréter devront se penser et se traduire afin que je puisse rester raisonnablement subjectif... De plus, j'ai bien conscience que les choix des thèmes étudiés ne sont jamais le fruit du hasard et répondent à un certain déterminisme inconscient auquel je n'échappe pas. J'essaierai donc, avec honnêteté, de faire preuve d'objectivité et d'être au clair avec mes propres projections.

Analyser ses projections lorsqu'on étudie une clinique si paradoxale me semble indispensable (à noter que les attitudes paradoxales sont inhérentes à l'adolescent, toujours en quête de limites). Ce travail étudie en effet une clinique réputée pour sa capacité à cliver et à mettre à mal le lien dans la relation avec l'autre et le monde. J'analyserai donc les difficultés de ceux et celles qui s'attachent à travailler avec une population dont l'enjeu est de tester la solidité de ce qui fait bord. Mais V. Estellon nous rappelle qu'« explorer ses limites, c'est aussi expérimenter toute l'étendue de sa puissance. Comment mieux définir la traversée adolescente, véritable limite où vacillent bien des repères? »³². La formule « je vais bien si je vais mal » bien connue des fonctionnements limites, caractérise également les motivations compulsives de l'anorexie à l'adolescence. En effet, en quête de « plaisir du déplaisir » et prisonnière de son fonctionnement masochiste, la jeune fille anorexique semble se réfugier dans ses conduites auto-punitives et se satisfait, moralement, de ses auto-accusations. La difficulté

²⁹ Titre emprunté à P. Fédida : Fedida, P (2002). La psychanalyse, un état limite ? In Transfert et états limites. Paris : Puf p.94

³⁰ Wilkins, J. (2012). Adolescentes anorexiques. Plaidoyer pour une approche clinique humaine. Les presses de l'université de Montréal

³¹ Terme emprunter à la littérature psychiatrique. Je pense cependant que l'anorexie mentale n'est pas plus mystérieuse que n'importe quel autre trouble psychiatrique. Il existe surtout un fantasme autour de ce fameux « mystère anorexique » que j'interprète comme un « mystère du féminin ». Ce terme est en tout cas souvent présent sous la plume d'auteurs masculins.

³² Dargent, F., Estellon, V. (2018). Les 100 mots de l'adolescent. Paris : Puf p.60

principale du soignant resterait alors de ne pas se laisser contaminer, en miroir, par un masochisme moral qui ne pourrait que le conduire qu'à sa propre démission.

Il est cependant important d'éviter une certaine forme de généralisation afin de se protéger des théories dites universelles qui ne font que saborder les véritables explications de nos tristes conditions (il n'y a pas d'effet sans cause, seulement des causes que l'on ignore). En effet, il me semble qu'il se cache derrière chaque « anorexie mentale » une histoire singulière qui nous invite à nous détacher temporairement des classifications nosographiques préétablies. La prise en charge de ce trouble ne peut en effet pas totalement se faire en fonction des hypothèses théoriques bien connues de la pédopsychiatrie qui n'ont que pour vertu de nous maintenir dans une *illusion de la maîtrise*. Cette maîtrise encouragée par les préconisations officielles, peuvent malheureusement nous installer dans une confrontation avec le sujet malade et nous conforter dans notre position « d'expert »³³. Ce confort qui rassure est une véritable entrave à la rencontre intersubjective et biaise considérablement le lien thérapeutique ô combien indispensable au soin psychothérapeutique du traitement de l'anorexie mentale qui certes, reste une affection psychopathologique d'origine multifactorielle, mais qui s'articule avant tout autour d'un important conflit psychique et d'une immense souffrance existentielle qui semble selon moi, s'originer dans la vie traumatique infantile.

Esquisses cliniques :

« Je ne mange pas parce que je souffre »³⁴. Leurs souffrances restent effectivement le terreau de leurs agirs compulsifs. Leurs « stratégies adaptatives » pour éviter l'intrusion de la nourriture sont certes rocambolesques mais elles nous offrent un précieux témoignage de leurs incommensurables souffrances. Des repas cachés dans les tuyauteries des sanitaires aux gourdes dissimulées dans la cuvette des toilettes pour en boire l'eau avant la pesée, elles ne reculent devant rien, du moment qu'elles peuvent s'éviter la passivité et se soumettre au désir de l'autre. Les mensonges et les dites manipulations sont fréquents et beaucoup de soignants se sentent trahis, ironiquement manœuvrés par des gamines résolues à ne strictement rien leur donner, au-delà de les emmerder. Agacés par leurs comportements d'opposition qu'ils considèrent comme de la provocation et de la prétention (elles sont souvent dotées d'une grande sensibilité et portent sur le monde extérieur un regard éclairé), leurs rejets restent le fruit d'une « étrange violence »³⁵, pour reprendre l'expression de V. Marinov. Elles m'apparaissent cependant comme beaucoup d'adolescentes terrorisées à l'idée d'exister dans un monde qui d'une certaine façon, peut se montrer extrêmement dangereux à bien des égards. Rencontrer et écouter le sujet en opposition permet à minima de créer un pas vers une alliance thérapeutique et ainsi, changer la tonalité de la rencontre. M. Corcos ne s'y trompe pas et ajoute à ce propos : « Tous ces comportements de maîtrise apparaissent manipulateurs, voire « pervers », alors qu'ils sont pour l'essentiel défensifs »³⁶.

³³ Au-delà de devoir parfois l'assumer afin d'accompagner au mieux ces adolescentes aux prises avec un terrible syndrome aux conséquences dramatiques qui suppose des connaissances aiguisées.

³⁴ Lasègue, C-E. (1884). De l'anorexie hystérique. Extrait des « Archives générales de médecine », (Paris), VIe série, tome 21, volume 1, 1873, pp. 386-403. Repris dans les « Etudes médicales », (Paris), tome I, 1884, pp. 546-566.

³⁵ Marinov, V. (2008). L'anorexie, une étrange violence. Paris : Puf

³⁶ Corcos, M. « L'anorexie mentale », *Le Journal des psychologues*, vol. 234, no. 1, 2006, pp. 58-62..

Effectivement, un être sensible et effrayé se défend lorsqu'il se sent en danger. C'est le lot de chacun. Se décaler pour analyser et traduire nous permettrait alors peut-être de mieux comprendre les réactions du couple soignant-soigné. Effectivement, les thérapeutes de psychiatrie sont invités malgré eux à jouer un rôle de traducteur, afin d'essayer d'interpréter tout ce qui est déjà donné au monde. Notre langage psychiatrique, constitutif de notre filtre interprétatif, ne fait que transformer le statut d'un sujet en celui de patient. En ce qui me concerne, faire passer le sujet sadique à l'état de patient qui souffre me semble plus cohérent que l'inverse. Mais lorsque les différentes interprétations des uns et des autres se confrontent, le couple soignant-soigné ne peut qu'entretenir une relation conflictuelle dans laquelle chacun se renverra au statut d'agresseur (le patient) ou d'ignorant (le soignant).

Mais qu'est-ce que l'anorexie mentale ?

L'anorexie mentale est aujourd'hui considérée comme un trouble des conduites alimentaires dans lequel, la peur de grossir et l'envie de maigrir amènent les sujets malades à un refus catégorique de toute forme d'alimentation. Je soutiens l'idée selon laquelle il est essentiel de ne pas réduire le syndrome d'AM aux seules problématiques alimentaires. J'invite ainsi le lecteur à le penser comme une *problématique de refus*, autant alimentaire qu'affectif, que social et charnel. En effet, derrière ce refus insatiable de manger, le symptôme alimentaire semble destiné, voire programmé, pour faire diversion et ainsi, protéger *le moi* d'un potentiel danger. S'attarder sur la renutrition pourrait alors nous éloigner des douleurs et des conflits intrapsychiques destructeurs ? Il n'est cependant pas question de l'ignorer, loin de là, elle reste probablement l'objectif central de toutes les prises en charges médicales. Mais se focaliser sur l'incontournable nécessité de « manger » nous inviterait probablement à devenir les complices de la tyrannie anorexique et de toutes les défenses qui la caractérise : déni, clivage, répression. En effet, nos comportements soignants, déterminés par nos propres pulsions d'autoconservations, peuvent alimenter les processus pathologiques de ces adolescentes. En d'autres termes, nos actions thérapeutiques pourraient nuire et renforcer les volontés de *la petite voix*³⁷ au-delà de mettre à mal la collaboration thérapeutique. Notons en effet que plus nous insistons, plus elles résistent et s'obstinent. Je défends en tout cas l'idée qu'elles remangeront naturellement lorsqu'elles iront mieux (ou lorsqu'elles seront prêtes à s'ouvrir à la psychosexualité...).

La terreur du débordement :

Il est en effet courant de lire qu'une adolescente anorexique jouit de sa maîtrise pour réussir, pour contrôler son image à défaut de vouloir manipuler les autres. Je ne le contredis pas mais je soutiens l'idée que ces jeunes filles ne maîtrisent étonnamment pas grand-chose et semblent même dépassées et déterminées par un chaos interne qui les dévore silencieusement à petit feu. C'est de la « fausse maîtrise »³⁸ nous dirait M. Crocos. L'unique « vraie maîtrise » que je leur attribue, c'est la maîtrise de l'illusion, empreinte de fausses croyances et d'un puissant déni, nécessaire pour se défendre contre une angoisse envahissante et terrifiante que j'appelle spontanément et intuitivement dans ce travail « l'angoisse de débordement ». Cette angoisse, au cœur du fonctionnement anorexique,

³⁷ « Le dictateur »

³⁸ Corocos, M. (2000). Abécédaire de l'anorexie mentale. Paris : Odile Jacob p.47

pourrait se comprendre comme une menace interne du sexuel sur *un moi* encore trop immature, cependant tentée par l'excès qu'offrent les plaisirs mais terrorisée par l'idée de se soumettre à la puissance de la jouissance génitale, à *la passivité*. Pour les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, la « liberté de jouissance » serait probablement le cauchemar à éviter afin que rien ne puisse venir déborder. Sous l'impulsion d'un désir en quête d'un certain plaisir, *le refus de l'ordre naturel des choses*, de *l'ordre vital*, infesté par *l'ordre sexuel*³⁹, semblerait en effet protéger la jeune adolescente des tentations interdites et dégoûtantes. Et si l'Hystérique serait aux yeux d' E. Bidaud en lutte avec la séduction, l'Anorexique serait en lutte « avec la tentation »⁴⁰. De ce fait, le désir de manger (loin d'être absent chez ces patientes, nous le verrons), pourrait créer une certaine forme d'exaltation que je nomme dans ce travail « frénésie privative ».

Cette confrontation entre les désirs et les interdits fait généralement suite à l'arrivée de l'adolescence, phase du chamboulement libidinal, et s'installe le plus souvent sur un fond d'anxiété de performance important (probablement du fait d'un surmoi tyrannique et peu bienveillant) associée à une très mauvaise estime de soi (lien à un « narcissisme négatif »⁴¹ qui entraîne des conduites *d'auto-accusations* et *d'autodestructions* (masochisme moral et mortifère)). La « pureté » pour éviter la « normalité » (normalité au sens de nature), l'idéal ascétique pour échapper à la vie ou tenter une expérience particulière de vie ou rien d'autre, devient alors le dilemme, illusoire, dans lequel semble être prise la jeune fille souffrant d'anorexie mentale. Plus qu'une croyance, c'est une véritable devise utopiste qui semble déterminer la conduite à tenir de ces adolescentes, conduites arbitrées par un déni important de la réalité de leur état somatique. Le déni constitue l'une des pierres angulaires sur laquelle repose en partie la complexité de ce trouble et contribue allègrement à ce que j'appelle le *paradoxe existentiel*⁴². En effet, la dynamique existentielle de la jeune fille en fleur, c'est-à-dire, prise dans le mouvement de la croissance biologique et symbolique de la vie, va brutalement s'interrompre. Anesthésier le contact avec le réel insupportable pour se protéger d'une partie de la réalité insurmontable ? J'ai nommé cette interruption *l'effondrement anesthésique*, responsable d'un *effondrement corporel* brutal que je pourrais considérer comme une variante du « breakdown », une rupture du développement décrit par M. et E. Laufer⁴³. Par cet effondrement, l'adolescente anesthésierait les investissements libidinaux propres à la puberté, les sensations corporelles et affectives au-delà des expériences de plaisir, alimentaires, et bien plus encore... Il s'agirait ici pour l'adolescente de *lutter contre*⁴⁴ ses émotions et ses affects, au même titre que de lutter contre l'appétit. Ici se pose tous les enjeux de l'alexithymie, concept clé de l'anorexie mentale que j'exposerai dans la revue de la littérature. Il est en tout cas vérifiable, tant cliniquement que théoriquement, que l'anesthésie du corps et des sensations va venir créer une certaine jouissance et apporter avec elle les bases d'une certaine forme d'addiction. Cependant, cette violente catastrophe esthétique ne semble pas le fait d'une simple affection négative ou d'un refus de la sexualité génitale liée à une culpabilité œdipienne.

³⁹ Laplanche, J. (2001). Vie et mort en psychanalyse. Paris : Flammarion p. 80

⁴⁰ Bidaud, E. (2001). Le corps de l'anorexique ou l'« effacement des zones érogènes ». Dans : Serge Lesourd éd., Le féminin : un concept adolescent (pp. 91-102). Toulouse: Érès. p.97

⁴¹ Green, A. (1993). Le travail du négatif (éd 2011). Paris : les éditions de minuit

⁴² Le paradoxe existentiel pourrait se penser comme la recherche de la souffrance pour atteindre l'ataraxie.

⁴³ Lauger, E. et M. (1984). Adolescence et rupture du développement. Paris : Puf

⁴⁴ Corcos, M. (2020). Abécédaire de l'anorexie. Paris : Odile Jacob

Ce refus opiniâtre de l'ordre érotique est en effet marqué par une telle sévérité que je propose de le traduire comme une *solution active* nécessaire pour échapper aux antécédents traumatiques probablement reconvoqués dans l'après coup pubertaire, lors de la subvention libidinale secondaire.

3 OBJECTIFS ET STRUCTURE DE LA RECHERCHE

Ce travail de thèse vise plusieurs objectifs. Au-delà de penser le syndrome d'anorexie mentale et d'interroger ses fonctionnements pour mieux saisir ce qui échappe à la compréhension et à la connaissance, cette recherche tente audacieusement de mettre en lumière les difficultés d'accompagnements thérapeutiques en milieu hospitalier, afin de proposer des alternatives aux soins coercitifs qui sont encore pratiqués dans certains services de pédopsychiatrie et de pédiatrie français. Je n'ai cependant pas pour ambition d'analyser en quelques pages toute l'essence de la problématique de ce trouble, ni d'apporter les solutions miraculeuses (ça n'existe pas). Ma démarche s'inscrit simplement dans une volonté d'explorer de nouvelles données conceptuelles et de transmettre mon expérience clinique qui semble pouvoir soulever de nouvelles pistes de réflexion dans l'accompagnement de ce trouble psychiatrique tristement réputé pour sa difficulté à soigner et qui met généralement « les équipes soignantes en souffrance »⁴⁵.

Je constate en effet depuis ma place de psychologue qu'il est malheureusement fréquent que certaines situations cliniques en hospitalisation s'aggravent plus qu'elles ne s'arrangent. Alors est-ce la « maladie » qui finit par prendre le dessus naturellement ? C'est ce que l'on se dit souvent entre professionnels pour se rassurer le temps d'un instant sur les bienfaits de nos modalités de soins. Mais objectivement, et malgré le grand intérêt que suscitent les troubles des conduites alimentaires, certaines choses qui échappent à nos connaissances sont consolées par des réponses opératoires tel que le contrat de poids ou de séparation qui pourtant, ne me semble pas toujours nécessaire au-delà de blesser plus que de soigner. Toutes les adolescentes hospitalisées présentent des besoins, des histoires et des caractères si différents qu'elles demandent inexorablement des adaptations spécifiques à leur personnalité et à leur fonctionnement. Et si les suivis en ambulatoire et en hospitalisation de jour sont actuellement, et à juste titre, préconisés par l'HAS, l'hospitalisation complète doit, il me semble, rester l'ultime recours. Réservée aux situations dites « aiguës », l'application de l'isolement et de la séparation est, nous le verrons, encore abondamment pratiquée en France malgré les études comparatives démontrant aucune particulière « efficacité »⁴⁶.

L'accompagnement des adolescentes anorexiques depuis J-M. Charcot a beaucoup changé, notamment grâce aux travaux de E. et J. Kestemberg, de J. André, de P. Jeammet, de C. Chabert, de B. Brusset, de D. Marcelli, de M. Corcos, V. Marinov et bien d'autres... Mais « au moment où le nombre des cas d'anorexie mentale augmente de façon significative

⁴⁵ Lyon-Pagès, I., Carrard, I., Gebhard, S., Stiefel, F. (2007). Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ? Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 398-400

⁴⁶ Askenazy, F. Dor, E. Battista, M. (2013). Libérer la contrainte : les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (61. 07-août). 2013. 428-432.

dans tous les pays industrialisés »⁴⁷, je propose de poursuivre les recherches au-delà de ce qui existe déjà. L'anorexie mentale questionne toujours autant et la communauté scientifique s'accorde à reconnaître qu'aucun « consensus thérapeutique »⁴⁸ et théorique n'existe à ce jour. Les causes multifactorielles de ce syndrome semblent, comme évoqué au-dessus, apparaître comme le seul point d'accord repéré entre les différents professionnels de la santé. Alors pouvons-nous aller plus loin ? Pouvons-nous apporter des connaissances nouvelles à la métapsychologie ? Pouvons-nous proposer des solutions thérapeutiques innovantes et adaptées aux besoins spécifiques de chaque adolescente ? Nous sommes-nous suffisamment interrogés sur les terreurs qui les animent et qui les privent de vivre moins douloureusement leurs existences ? Ces questions sont l'essence de ma recherche. Je tenterai d'y répondre en m'appuyant sur une première question centrale : est-ce que les méthodes de soins coercitives ne blessaient-elles pas plus qu'elles ne soigneraient ?

Pour cela, une première partie est consacrée à la revue de la littérature qui aborde les thèmes centraux de ma recherche : l'anorexie mentale, l'adolescence au féminin et les spécificités cliniques et thérapeutiques. Nous verrons ainsi à quel point la problématique de l'anorexie mentale de l'adolescence s'organise essentiellement autour de trois facteurs : « le corps, le sexuel et le féminin »⁴⁹. Ainsi, le premier chapitre (L'anorexie mentale dans tous ses états) permet d'explorer la nosographie psychiatrique du syndrome d'anorexie à travers les différents champs théoriques, aussi bien historiques que sociologiques. Le deuxième chapitre (Du plaisir à l'effroi : trajectoire du Sexual) retrace les différentes théories métapsychologiques nécessaires pour analyser les éléments spécifiques des organisateurs de l'âme humaine. Enfin, le troisième chapitre (Pathologie de l'anorexie mentale à l'adolescence : spécificités cliniques et thérapeutiques) met en lumière les spécificités psychopathologiques de l'AM et aborde les diversités thérapeutiques, du XIX^{ème} siècle à nos jours et au-delà des recommandations. Nous verrons ainsi pourquoi ce syndrome est à ce jour toujours considéré comme « si difficile » à soigner.

Dans la deuxième partie, je rappelle mes idées et questions de départ. A travers le quatrième chapitre (Questions de départ, objectif et construction de la recherche), je pose mes hypothèses, théorique et clinique. J'expose ensuite dans le cinquième chapitre (Modalité de recherche) les objectifs de ma recherche, la méthode, et son cadre. Nous verrons que le psychodrame, au-delà de posséder des vertus psychothérapeutiques certaines, offre dans l'espace du jeu un accès direct par le transfert aux mouvements psychiques inter et intrasubjectifs.

La troisième partie est consacrée à six études de cas clinique qui nous rappellent qu'il est ô combien nécessaire de ne jamais réduire la complexité du sujet à des théories générales. Ces différentes histoires singulières nous permettent également d'apporter du relief à la théorie et à présenter des approches thérapeutiques autour de différentes techniques de psychodrame de groupe. Ainsi, les histoires de Julie (chapitre 6), de Laure (chapitre 7), d'Alana (chapitre 8), de Flore (chapitre 9), d'Hélène (chapitre 10) et d'Iris

⁴⁷ Raimbault, G. Eliacheffe, C. (1996). Les indomptables. Figures de l'anorexie. Odile Jacob

⁴⁸ Jeammet, P. (2006). Chapitre 8. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : l'évolution des conceptions et ses incidences sur la métapsychologie. Dans : André Passelecq éd., Anorexie et boulimie: Une clinique de l'extrême (pp. 95-108). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

⁴⁹ Dumet, N. & Duclos, K. (2009). Anorexie et subjectivation féminine : forces et avatars de l'intégration anale. Dans : Jacques André éd., Folies de Femmes (pp. 201-226). Paris : Puf p.201

(chapitre 11) nous permettent de nous détacher temporairement des classifications nosographiques préétablies afin d'observer les faits métapsychologiques qui déterminent et influencent leurs fonctionnements. Nous verrons également à travers ces analyses de cas cliniques que les conflits intrapsychiques observés viennent s'immiscer insidieusement dans la dialectique soignant/soigné. Ces cas cliniques mettent également en lumière l'évolution thérapeutique du service de pédopsychiatrie. L'ordre des chapitres respecte donc l'ordre chronologique d'un projet de soins qui a évolué à mesure du temps (de 2013 à nos jours).

Enfin, la quatrième et dernière partie est consacrée à la discussion théorique et clinique (Chapitre 12), à la critique et l'analyse des limites, des enjeux et des transferts sur la thèse (chapitre 13), afin de terminer sur l'ouverture et les perspectives de recherches et cliniques (chapitre 14).

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

« Nos défauts sont nos yeux par lequel
nous voyons l'idéal ». ⁵⁰

F. Nietzsche

⁵⁰ Nietzsche, F. (1878). Humain, trop humain. In, Tome II, *Le voyageur et son ombre* (éd 2001). Paris : Hachette

1 CHAPITRE 1 : L'ANOREXIE MENTALE DANS TOUS SES ETATS

1.1 Le mythe d'un idéal

1.1.1 Au fil du temps

Depuis longtemps, l'anorexie mentale intrigue. Le nombre important d'ouvrages qui lui est consacré témoigne en effet de la fascination qu'elle provoque chez ceux qui la côtoient de près comme de loin. Pourtant plus aussi « mystérieuse » qu'elle en ait l'air, on peut se demander si l'abondance des écrits, censés indirectement résoudre « l'énigme anorexique », ne favoriserait pas les incompréhensions et les spéculations, faisant corrélativement augmenter les modèles étiologiques et thérapeutiques spécifiques aux TCA.

Une grande partie de la communauté scientifique s'accorde à penser que le syndrome d'anorexie mentale a toujours existé. Son visage a certes évolué au fil de l'Histoire, mais les descriptions cliniques des refus alimentaires à l'adolescence sont anciennes : le cas « Alpais »⁵¹ par exemple est décrit au XII^{ème} siècle. Et si la clinique médicale, par l'intermédiaire de W. Gull⁵² et E. Lasègue, n'a théorisé le syndrome d'anorexie mentale qu'entre 1868 et 1874⁵³, on retrouve dans la littérature médiévale de nombreux récits décrivant des jeunes femmes aux prises avec des symptômes de l'anorexie contemporaine comme le jeûne extrême et le refus de tout plaisir, aussi bien charnel que corporel. En effet considérées comme de véritables saintes par l'église catholique, aucun statut de malade ne leur était accordé. Bien au contraire. Celui de « Sainte » était préféré, plus en adéquation avec le culte de *la perfection et la pureté absolue*⁵⁴ qui était célébré, encouragé et valorisé au moyen âge. Mais existe-t-il un rapport entre ces « saintes anorexiques » et les anorexies mentales d'aujourd'hui ? Le désir de « manger sain » et la recherche du « perfectionnisme » établit-il une continuité symptomatique susceptible d'assimiler des conduites vraisemblablement très proches malgré des époques si différentes ?

Le débat entre les sciences humaines et médicales est classique et inhérent aux efflorescences de nos connaissances. Mais les réflexions autour du diagnostic posent une question essentielle : avons-nous affaire à un trouble contemporain (comme le soutient l'équipe de recherche italienne conduite par L. Onnis) ? Ou avons-nous tardivement « diagnostiqué » un trouble très ancien ? La psychiatrie contemporaine, qui accorde à « l'instant présent » une place de choix, se déleste du travail généalogique des conduites symptomatologiques, et place ainsi *la phobie du poids* en concept et indicateur central de l'anorexie mentale, notamment depuis le DSM III. Mais un travail d'anamnèse semble pourtant nécessaire pour comprendre le présent si insaisissable. L'Histoire, certes difficilement interprétable, nous livre en effet de précieuses informations nécessaires pour convenablement appréhender ce qui s'actualise dans le présent. L'histoire d'un être

⁵¹ Maître. J. (2000). Anorexies religieuses, anorexies mentales. Essai de psychanalyse sociohistorique. De Marie de l'incarnation à Simone Weil. Cerf : Paris p.28

⁵² Gull est le premier à employer le terme d'anorexia nervosa : *état mental morbide causé par des troubles centraux et héréditaires* : Kestemberg, E., Kestemberg, J. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Puf p.14

⁵³ Kestemberg, E., Kestemberg, J. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Puf p.14

⁵⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/sainte>

humain semble en effet ne pas commencer le jour de sa naissance. Les mythes fondateurs, les éléments du passé, les traumatismes familiaux sont déjà là...

J. Maître⁵⁵ soutient l'idée que les jeunes femmes anorexiques d'aujourd'hui ne seraient que la continuité *des saintes anorexiques* du moyen âge. Il rassemble ainsi tout ce qui fait lien avec les conduites dites anorexiques sous l'expression *une façon anorectique d'être au monde*⁵⁶. L'auteur, soucieux de s'inscrire dans une démarche sociohistorique, biologique et psychanalytique, nous apprend qu'au XV^{ème} siècle, époque où les conduites ascétiques étaient encouragées par l'église, la façon *anorectique d'être au monde* aurait séduit « la mystique affective féminine catholique au sein des cités marchandes »⁵⁷. Fascinées par le mythe de l'inédie (cette capacité surhumaine à vivre sans aucun apport alimentaire), des jeunes femmes se seraient affranchies des besoins vitaux et sacrifieraient la maîtrise absolue des corps amaigris. C'est d'ailleurs dans ce contexte que sont apparues les *fasting girls*⁵⁸ du royaume uni de l'époque victorienne. Et si contrairement aux adolescentes anorexiques d'aujourd'hui, ces « *filles à jeun* » restaient allongées dans leurs lits sans bouger, les récits historiques associent leurs attitudes à une austère morale anorectique méprisant toute les formes de stimulation. J. J. Brumberg soutient l'idée qu'il s'agit des « premiers cas d'anorexie mentale de l'adolescence »⁵⁹.

J. Maître accorde donc aux anorexiques dites « saintes » et « mentales » une certaine similitude et propose ainsi une étiologie qui s'inscrit dans la continuité du diagnostic actuel. Ces éléments sur un idéal transcendant nous informent ici sur la lignée féminine dans la généalogie de l'anorexie mentale, véritable avatar de l'anorexie mystique. Et J. Maîtres n'est pas le seul à poser ces hypothèses. Dans *Holy anorexia*, R-M. Bell⁶⁰ rend compte d'une investigation rigoureuse sur 261 Italiennes pour lesquelles une démarche de canonisation aurait officiellement été lancée par l'Eglise. Les recherches de R-M Bell mettent en lumière que la majorité des cas étudiés auraient présenté « des signes évidents d'anorexie »⁶¹. Autre récit, entre le VII^{ème} siècle et le X^{ème} siècle, la légende de Sainte Liberta, fille du roi du Portugal « se réfugia dans l'anorexie et dans l'enlaidissement par aversion du mariage ⁶²». On retrouve dans ce nouvel exemple l'évitement du sexuel par le refus alimentaire et la « déféminisation » du corps érotique. I. Ziga, militante féministe et journaliste espagnole, écrit dans son livre *Devenir chienne* :

« An 700, Portugal. Du haut de ses douze ans, la fille du roi refuse d'épouser un prince étranger qu'elle n'a jamais rencontré. Elle demande à Dieu de lui enlever sa beauté féminine et commence un jeûne acharné. Ses règles s'arrêtent et une barbe épaisse commence à couvrir son visage – grâce à la baisse d'œstrogènes surrénales. A sa vue, le prince s'enfuit en courant. Le roi menace de la crucifier si

⁵⁵ Maître, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1551-1560.

⁵⁶ Maître, J. (2000). Anorexies religieuses, anorexies mentales. Essai de psychanalyse sociohistorique. De Marie de l'incarnation à Simone Weil. Cerf : Paris p. 27

⁵⁷ Ibid. p. 27

⁵⁸ Brumberg J. J. (1988), *Fasting Girls : The History of Anorexia Nervosa*, Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa, Cambridge (MA), Harvard University Press.

⁵⁹ Brumberg, J.J. (1997). *The Body Project : An Intimate History of American Girls*, New York, Random House.

⁶⁰ Bell, R.M. (1994). *L'anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours*. Paris : PUF

⁶¹ Ibid

⁶² Maître, J. (2000). Ibid., p. 27

elle ne cesse pas sa rébellion, mais elle persévère. Elle meurt crucifiée et en sainte, passe la frontière espagnole sous le nom de santa Liberata. Et c'est à elle que s'en remettent, des siècles durant, les femmes souhaitant se débarrasser d'un harceleur »⁶³.

Deux choses semblent donc se vérifier. Des conduites anorexiques existent depuis bien longtemps et paraissent pratiquement « toujours »⁶⁴ toucher des jeunes femmes en quête de purification au sens de l'ascétisme. Une partie de la littérature actuelle tend vers des hypothèses similaires. En effet, M. Corcos et la métapsychologie soutiennent l'idée du renoncement du sexuel au profit d'une quête ascétique. M. Corcos écrit :

« Ces jeunes filles sont très tôt enfermées dans un fonctionnement psychique extrêmement rigidifié, donnant l'allure d'une vie ascétique d'où tout plaisir est banni ».⁶⁵

L'anorexie semble depuis toujours s'inscrire dans l'histoire du jeûne, pathologique ou religieux. Il est alors possible de penser que *l'anorexie sainte* décrite pour expliquer le célèbre cas de Catherine de Sienne ne soit pas si éloignée de *l'anorexie mentale* contemporaine. L'histoire singulière de St Catherine, prise dans une époque si différente de la nôtre, pourrait inspirer une difficile comparaison, mais un certain parallèle descriptif semblerait pouvoir se faire. Selon les récits historiques, Catherine vit Jésus lui sourire lorsqu'elle était enfant... Lui promettant une fidélité totale, elle choisira le jeûne et la prière plutôt que le mariage pourtant désiré par sa mère... Entre fascination pour l'*Inédie*⁶⁶ ou l'*Anorexie mentale*, la frontière semble poreuse pour cette religieuse italienne du XIV^{ème} siècle. Avec l'utilisation du terme *façon anorectique d'être au monde*⁶⁷, J. Maître met en lumière la généalogie de l'anorexie médicale définie par W. Gull et C. Lasègue au XIX^{ème} siècle : le refus de *l'embonpoint féminin*. Pour R.M. Bell, St Catherine présente sans aucun doute un tableau clinique d'anorexie mentale au sens médical du terme. Pieuse, religieuse, angoissée à l'idée de devenir mère un jour et de jouir des plaisirs de la vie, J. Maître soutient l'idée que ces conduites anorectiques tentent de briser le destin du féminin : « Il semble que ces « façons » se trouvent caractérisées par deux moyens de briser l'enchaînement corporel de la lignée féminine : le refus d'assumer l'apanage des femmes dans la transmission de la vie et la mise en œuvre de la maltraitance à l'égard de son propre corps »⁶⁸.

Les termes *d'anorexie religieuse* ou *d'anorexie sainte* apparaissent donc dans la littérature du XIX^{ème} siècle pour décrire notamment le cas de Catherine de Sienne, nous l'avons vu, qui s'impose probablement aujourd'hui comme « le cas » d'anorexie le plus

⁶³ Ziga, I. (2009). Devenir chienne (éd 2020). Paris : Editions Cambourakis p.64

⁶⁴ Avicenne au XI^{ème} siècle, décrit dans son *Canon de la Médecine* le cas d'« un jeune prince qui se meurt de ne plus consentir à se nourrir.. »

⁶⁵ Corcos, M (2006). *L'anorexie mentale. Le Journal des psychologues*, 234(1), 58-62. doi:10.3917/jdp.234.0058.

⁶⁶ Inédie désigne l'abstention totale de nourriture et de boisson, fondée sur la croyance qu'une personne pourrait vivre sans se nourrir (voire sans boire) pendant plusieurs semaines, mois ou années ?

⁶⁷ Maître, J. (2000). Anorexies religieuses, anorexies mentales. Essai de psychanalyse sociohistorique. De Marie de l'incarnation à Simone Weil. Paris : Cerf p.9.

⁶⁸ Maître, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, vol. 65(5), 1551-1560. doi:10.3917/rfp.655.1551.

célèbre. D'Elisabeth de Hongrie (XIII^{ème} siècle) à Marie de l'Incarnation (XVII^{ème} siècle), c'est bien l'ascétisme hédoniste qui peut venir expliquer les conduites anorectiques de ces Saintes. Leurs croyances religieuses semblent effectivement être à l'origine de leur rapport à la privation et au contrôle du corps. Le plaisir de la chair, condamné et méprisé par le divin conduirait ces jeunes femmes au jeûne, à la restriction, à l'autosacrifice. Le jeûne devient alors la méthode privilégiée pour se laver de ses péchés, telle une purification sainte qui permettrait de se rapprocher de Dieu. Ce refus du plaisir pour que rien ne déborde et ne souille la pureté de l'âme semble faire écho au refus des anorexies contemporaines. Mais il est prudent de rester modeste et d'éviter les « diagnostics » rétrospectifs de jeunes femmes ayant vécu dans une époque si lointaine et si différente de la nôtre. En effet, selon la médiéviste C. Bynum, il est un « contre sens »⁶⁹ d'appliquer des théories modernes à des pratiques médiévales.

Les *façons anorectiques d'être au monde* interrogent de ce fait sur la place des femmes dans notre culture. En effet, « quelle que soit l'époque, on retrouve l'idée selon laquelle l'anorexie mentale serait un mode de réaction des femmes face à des structures patriarcales oppressives qui les conduisent à un certain type d'abnégation »⁷⁰. Une certaine filiation nosographique semble en effet s'assurer comme une continuité symptomatologique, évoluant à mesure du temps et des révolutions, évoluant à mesure des représentations, miracle d'un temps, cauchemar d'un jour... En effet, ce qui était pendant des siècles sacralisé, encouragé et glorifié par la canonisation, est aujourd'hui relégué dans le domaine laïque et stigmatisé par son étiquette de « maladies psychiatriques ».

1.1.2 Une histoire de beauté ?

« Miroir, miroir, dis-moi qui est la plus belle ! ». Il est coutume de lire et d'entendre que notre société actuelle encouragerait les jeunes filles à devenir anorexiques (afin de répondre aux critères de beauté imposés par le culte du paraître contemporain). Ainsi, les dits standards de beauté nous rendraient tous dysmorphophobiques et s'il est vrai que les pressions ne manquent pas, l'idée selon laquelle l'adolescente anorexique chercherait à atteindre un *idéal de beauté* peut laisser perplexe même si bien sûr, « l'esthétique du corps semble quasiment obséder l'univers mental occidental »⁷¹. Mais par cette terrible régression, l'adolescente anorexique recherche-t-elle à atteindre la beauté ?

Comme tout objet, la beauté peut se penser à travers le regard de la philosophie qui depuis *l'Hippias majeur*⁷² en fait un sujet d'étude central. Affaire de pouvoir et de séduction, la beauté, comme le pensait Platon, bien plus grande que la satisfaction issue du beau, est *l'essence de la vérité*⁷³ ou « toutes les réalités dont on estime la valeur et

⁶⁹ Bynum, C.W. (1987). *Holy Feast and Holy Fast. The religious significance of food to medieval women*. Berkley : University of California Press

⁷⁰ Micheli-Rechtman, V. (2003). L'anorexie, un symptôme contemporain ? *La clinique lacanienne*, n° 6(1), 139-144. doi:10.3917/cla.006.0139.

⁷¹ Nahoum-Grappe, V. ((1998). Beauté et laideur : histoire et anthropologie de la forme humaine. Chimères. Revue des schizoanalyses. 5-6. p 1-27

⁷² Platon. *Hippias majeur*, dans *Œuvres complètes* (éd 2008). Paris : Flammarion

⁷³ Obadia, C. (2013). Les beautés de Platon. *Le Philosophe*, 39, 231-239.

l'excellence »⁷⁴. De la beauté apollonienne à la beauté dionysienne, F. Nietzsche nous rappelle dans *Naissance de la tragédie*⁷⁵ que la beauté n'est qu'une affaire de pression et de tension entre la mesure et la démesure. Selon l'auteur, la beauté est une illusion, qui pose un voile austère sur les fantasmes humains et camoufle les angoisses les plus morbides du monde. S. Freud⁷⁶, à la suite de son maître F. Nietzsche, fait en effet de la beauté une affaire d'esthétique artistique (la science du beau) et de sublimation. La beauté de l'objet ne se réduit pas pour le père de la psychanalyse à la beauté d'un corps matériel mais dérive du domaine de la sensibilité sexuelle et sensuelle : un regard, une main, un sein, des lèvres, tout ce qui se détache du sexuel à proprement parler peut prendre une dimension esthétique (« les organes génitaux ne sont jamais jugés comme beaux »⁷⁷). La beauté serait alors « un modèle exemplaire d'une motion inhibée quant au but »⁷⁸ : une sublimation du désir... Mais pour Freud, la psychanalyse ne peut rien faire pour la beauté, car « malheureusement, c'est sur la beauté que la psychanalyse a le moins à nous dire »⁷⁹.

Le bon goût serait-il universel⁸⁰, comme le laissait penser E. Kant ? Certainement pas pour P. Bourdieu⁸¹, qui faisait de la beauté une affaire de distinctions et discriminations sociales. Selon l'auteur français, le goût légitime reste celui des classes sociales élevées, l'élite, qui méprisent les pauvres et leurs passions du mauvais goût. Les classes sociales inférieures seraient alors les responsables du dégoût éprouvé par des classes supérieures, classes dans lesquelles rien ne doit pouvoir venir déborder. Le bon goût esthétique, la beauté du riche (la beauté tout simplement) est donc un privilège, une distinction sociale qui gratifie la retenue et qui s'oppose à la débauche, à l'excès et à la jouissance réservées aux pauvres, petit peuple débauché, incapable de maîtriser ses pulsions animales et primitives.

La pression et les préoccupations esthétiques existent depuis fort longtemps. Mais selon M. Corcos, V. Marinov et bien d'autres auteurs, les adolescentes anorexiques ne semblent pas désirer se conformer aux canons de la séduction érotique. V. Marinov note que l'adolescente anorexique se « défend » de la beauté par une défense par « dessèchement »⁸², qui la réduit à une « peau de chagrin ». Au-delà de l'aridité érotique et fantasmatique, l'assèchement corporel s'associe en effet à l'assèchement psychique. Préoccupées par leurs corps, leurs formes et leurs apparences, elles le sont, indéniablement... Visiblement pas dans le sens d'un désir de beauté érotique, mais plutôt dans un désir d'anéantir, d'assécher, d'anesthésier toutes les zones susceptibles de provoquer et/ou procurer de l'excitation/tentation. Serait-il alors cohérent de rejeter l'idée - généralement partagée par un ensemble des acteurs de la santé - selon laquelle l'adolescente anorexique désire maigrir pour être belle (et donc plaire) ?

⁷⁴ Pradeau, J.F. (2005). Introduction et notes, dans *Hippias majeur*. Paris : Flammarion p.30

⁷⁵ Nietzsche, F. (1872). *Naissance de la tragédie* (éd. 2015). Paris : Flammarion

⁷⁶ Freud, S. (1930). *Malaise dans la culture*. Paris : Puf

⁷⁷ Brusset, B. (2005). La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*, 233, 575-586.

⁷⁸ Freud, S. (1930). *Ibid.*

⁷⁹ *Ibid.*, p. 26

⁸⁰ Kant, E. (1790). *Analytique du beau*, dans la *Critique de la faculté de juger* (éd. 2008). Paris : Essai (poche)

⁸¹ Bourdieu, P. (1980). *La métamorphose des goûts*, dans *Questions de sociologies*. Paris : édition de minuit

⁸² Marinov, V. (2008). *L'anorexie, une étrange violence*. Paris : Puf p.198

*L'idéal ascétique*⁸³, pour reprendre la formule nietzschéenne, bien différente d'un idéal de beauté, semblerait correspondre pour B. Brusset et M. Corcos à « l'idéal » recherché par les adolescentes anorexiques. Il est vrai, la restriction alimentaire en vue de maigrir est certes encouragée par notre culture qui d'un autre côté, invite au grotesque et à la démesure. Tel est le paradoxe soulignait notamment par V. Marinov : « la société contemporaine tendrait à brouiller les limites entre l'être et l'avoir »⁸⁴. Le corps serait en effet devenu selon J. Baudrillard un « fétiche désaffectivé », une sacralisation qui aurait remplacé le « culte de l'âme »⁸⁵. La minceur aseptisée, pour ne pas dire l'anorexie, s'invite par conséquent sans difficulté sur tous les différents supports médiatiques (notamment télévisuel). Mais « l'anorexie mentale doit être différenciée des restrictions alimentaires banales »⁸⁶ car pour rappel, les descriptions cliniques faites par les médecins du XIX siècle apparaissent dans un contexte où l'embonpoint est valorisé. B. Brusset, dès 1975, écrit que l'idéal anorexique, dans sa volonté de *puissance* et *d'affirmation de soi*, serait un idéal « à la fois éthique, esthétique et esthésique »⁸⁷. Dans le même sens, on retrouve dans *Les obsessions et la psychasténie* de P. Janet, publié en 1903, un témoignage de l'une de ses patientes, Nadia, qui prévient que si les hommes préfèrent les femmes rondes, elle préfère alors rester maigre. Nous en reparlerons.

Si la minceur est présentée comme l'institution de la perfection, l'extrême maigreur renvoie à une représentation bien différente, celle du sujet malade et la jeune fille anorexique ne le sait que trop bien, au-delà d'en ressentir un certain plaisir. J.B Pontalis souligne en effet dans *Se perdre et se trouver dans le négatif* (article que l'on retrouve dans son ouvrage de 1988 *Perdre de vue*) tout le plaisir que la souffrance peut procurer. La clinique nous le démontre également : « j'aime que les autres me voient comme malade »⁸⁸. M : Corcos prévient dans ce sens : lorsqu'une adolescente anorexique reprend un peu de poids, lui laisser entendre qu'elle redevient jolie peut l'anéantir, car « la beauté corporelle met en jeu une problématique du désir qui vient inscrire ici sa tension »⁸⁹. Et comme l'écrit A. Nin, « pourquoi ne pas jouir aussi de sa maladie ? Il arrive qu'on tombe malade, simplement pour pouvoir rester un peu seul. C'est un des moyens qu'emploie le corps pour conquérir l'esprit. [...] On a besoin d'être seul. On a besoin d'être malade et de se vautrer dans la maladie. L'âme en a besoin »⁹⁰.

Pour M. Corcos⁹¹, la jeune mannequin et la jeune fille anorexique présenteraient donc des différences à souligner. La confusion ferait-elle rage à ce niveau-là également ? Pour l'auteur, les jeunes mannequins, petites Barbies au visage d'ange et au corps loliteen, sembleraient également vivre dans une souffrance mélancolique cependant beaucoup plus silencieuse. Déracinées loin de leur maison, déshabillées pour le marché, soumises à de nouveaux parents qu'on appelle grossièrement « agences », elles sont en effet envoyées

⁸³ Nietzsche, F. (1889).

⁸⁴ Marinov, V. (2008). *Ibid.*, p.135

⁸⁵ Baudrillard, J. (1970). *La société de consommation* (éd 1986). Paris : Folio p.199

⁸⁶ Brusset, B. (2005). La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*, 233, 575-586.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Propos tenu par une patiente

⁸⁹ Nahoum-Grappe, V. ((1998). Beauté et laideur : histoire et anthropologie de la forme humaine. Chimères. *Revue des schizoanalyses*. 5-6. p 1-27

⁹⁰ Nin, A., Miller, H. (2007). *Correspondances passionnées*. Bruxelles : Stock p.46

⁹¹ Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie*. Paris : Odile jacob. p. 225

sous le feu des projecteurs pour leurs beautés commerciales désaffectées et asexuées. Enrôlées dans la violence de l'indifférence des matrones manageuses très souvent irrespectueuses, ayant bien plus de respect pour leurs petits chiens, les mannequins stigmatiseraient pour M. Corcos la fiction de la femme soumise et passive. La femme-poupée, fruit d'un marchandisage programmé, elle resterait l'héroïne d'une allégorie établie pour que le silence de ses petits cris enfantins succombe en désuétude. Tel des « porte-manteaux » en fil de fer, ces « corps sans organes »⁹² défilent en effet sous les pouces des hommes conditionnés à « scroller » des images numériques dans une banalité édifiante. Coincées dans une *servitude volontaire*⁹³, les mannequins rechercheraient leurs heures de gloire en s'affichant obstinément sous le regard dévorant des autres. Mais soumises aux bons désirs de l'inconnu, leurs souffrances témoigneraient de la tragédie esthétique d'un temps, malheureusement masquée par leurs souriantes mélancolies. Modèles d'un jour, « bétail modelable »⁹⁴ leurs destins se rapprocheraient pourtant de celui des poupées plastiques pour enfants. Babioles en toc qu'on peut habiller et déshabiller sans aucune excitation sexuelle au préalable, elles finissent par être jetées au fond du coffre à jouet, après que le consommateur ait fini d'en user. Ainsi, « le mannequin stigmatise la « fiction » d'une femme facile qui pourrait se laisser totalement faire »⁹⁵. Et si la jeune mannequin cherche en permanence à se faire dévorer par le regard libidineux des hommes d'un monde insensible, l'adolescence anorexique, comme le rappelle M. Corcos, refuse de se soumettre « aux regards trop désirants...appuyés, effroyables »⁹⁶.

Les scandales autour des « mannequins anorexiques », dénoncés notamment par Amélie Nothomb dans *Attentat*⁹⁷, ont paradoxalement poussé la société française à punir, à travers son système judiciaire, les agences ou les entreprises qui emploieraient des mannequins trop filiformes⁹⁸. Ironie de l'histoire, les agences se doivent en effet de faire travailler depuis le 6 mai 2017 des jeunes femmes présentant un certificat médical justifiant un IMC de 18,5. De plus, toutes photos retouchées et photoshopées doivent être mentionnées par le publicitaire et l'annonceur... Le droit français, dix ans après l'Espagne, tente de combattre la glorification de la minceur dans une société où les « gros » sont pourtant toujours autant stigmatisés et dévalorisés. Puniton judiciaire, encouragement moral, la confusion agit en état de grâce dans nos sociétés occidentales. Le libéralisme est de toute façon fait pour « gagner sur tous les tableaux »⁹⁹, car à l'heure où la société moraliste tente de chasser publiquement la pédophilie de ses vitrines, elle l'affiche en parallèle sur les réseaux sociaux et sur les plateaux télévisuels.

Si ces lois sont indispensables pour protéger d'un point de vue médical les jeunes mannequins qui, selon Hélène Grosjean¹⁰⁰, subissent en coulisse un enfer psychologique et physique inimaginable, la littérature psychanalytique différencie cependant les

⁹² Deleuze, G., Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie. L'anti-Œdipe*. Paris : Les éditions de minuit

⁹³ La Boétie, E. (1576). *Discours sur la servitude volontaire* (éd 2014). Paris : Broché

⁹⁴ Corcos, M. (2020). *Ibid*, p.229

⁹⁵ *Ibid.*, p.230

⁹⁶ *Ibid.*, p.232

⁹⁷ Nothomb, A. (1997). *Attentat*. Paris : Albin Michel

⁹⁸ Morvan, P. (2016). *Le droit pénal face à l'anorexie mentale (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016)*. *Droit Pénal*, LexisNexis

⁹⁹ Michea, J.C. (2010). *L'empire du moindre mal : Essai sur la civilisation libérale*. Paris : Flammarion

¹⁰⁰ Grosjean, A. (2016). *Sois-belle et tais-toi. Dans les coulisses du mannequinat*. City édition

conduites des mannequins en quête d'une beauté froide de l'anorexie médicale. L'adolescente anorexique peut admirer comme haïr le mannequin pour sa maigreur mais elle restera son fantôme. La mannequin, prise dans les faux semblants que l'anorexique ne connaît que trop bien, se doit de défilier en fermant sa gueule à défaut de devoir la faire sur la scène. Mais soumise au désir des autres, la spirale infernale de l'amaigrissement finira par l'emporter tôt ou tard dans une indifférence consternante. L'anorexique dite mentale quant à elle, se rebelle et « lutte contre... ». Son refus est en effet destiné à fuir le regard de l'autre lorsque le mannequin s'y abandonne et s'y projette. L'anorexique et le mannequin ont cependant en commun l'interdiction de déborder. Le dictateur pour l'anorexique, l'agence pour le mannequin, toutes deux se retrouvent sous l'emprise morale de l'interdit du débordement, sous peine de violentes représailles, allant de l'humiliation sadique pour l'une au masochisme moral pour l'autre (et inversement...).

1.2 La mise en scène psychiatrique

1.2.1 L'Anorexie mentale, au-delà du concept

L'histoire de la spiritualité et de la psychiatrie se rencontrent grâce aux concepts *d'anorexie mentale*¹⁰¹, *d'anorexie religieuse*¹⁰², *d'anorexie sainte*¹⁰³, *de jeûnes sacrés et d'anorexia mirabilis*¹⁰⁴. Tous ces concepts, rassemblés sous la formule « une façon anorectique d'être au monde »¹⁰⁵ par J. Maître, incarnent la question de la *mystique affective féminine catholique* du moyen âge à nos jours, véritable ancêtre du *anorexic behavior patterns*¹⁰⁶. Mais quelle différence se cache-t-il derrière ces concepts ? Pouvons-nous en faire autre chose qu'une entité psychiatrique ?

Si l'anorexie mentale est désignée par W. Gull en 1874 comme une pathologie mentale (et non comme une intervention divine voire diabolique), on accorde aujourd'hui à R. Morton¹⁰⁷ (1669) d'avoir cliniquement détaillé le premier cas médical. Encore loin de parler d'anorexie, R. Morton emploie le terme de « consommation nerveuse » et de « phtisie nerveuse »¹⁰⁸ (ou phtisis nervosa) pour décrire le comportement de sa patiente Miss Duke, jeune fille de 22 ans qui, refusant tout traitement, décèdera rapidement après seulement quelques mois de jeûne. R. Morton retiendra donc l'origine nerveuse du

¹⁰¹ Terme que l'on retrouve sous la plume d'Huchard en 1883 : Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. *J Pédiatrie Puériculture*. 2010;23(1):30-50.

¹⁰² Bell, R.M. (1994). *L'anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours*. Paris : PUF

¹⁰³ F. Bange (1995). *Du jeûne sacré à l'anorexie mentale. L'évolution psychiatrique*, 60,1995, 783-804

¹⁰⁴ Maître, J. (2000). *Ibid.*, p.47

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.47

¹⁰⁶ Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Broché p.56

¹⁰⁷ Guillemot, A., Laxenaire, M. (1997). *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture*.-(2ième édition) Paris : éditions Masson, 1997, - 13 8p.

¹⁰⁸ Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I., Guelfi, J.D. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris : Elsevier Masson p. 2

trouble qu'il décrira comme « une altération du principe vital et d'un bouleversement des forces nerveuses »¹⁰⁹.

P. Skarbanek¹¹⁰ souligne cependant en 1983 que L.V. Marcé serait l'auteur de la première description médicale de l'AM en 1860 dans un texte intitulé *Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*¹¹¹. De ce fait W. Gull et E.C. Lasègue sont renvoyés sur le banc des remplaçants et alors que L.V. Marcé serait notamment considéré pour différentes écoles de pensées comme le « vrai père »¹¹² de l'anorexie (notamment pour A. Blewett et A. Boterro qui ont réalisé une étude comparative qui démontre les similitudes entre les trois descriptions, même si l'on ne retrouve pas l'Hyperactivité chez Marcé).

Il nous semble cependant important de se pencher sur le travail d' E.C. Lasègue, visiblement en avance sur son temps au regard des travaux de G. Raimbault¹¹³. C'est en effet en 1873 que ce médecin psychiatre français a détaillé avec une certaine sensibilité le tableau clinique de l'anorexie dans un document riche et précieux intitulé *De l'anorexie Hystérique*¹¹⁴, véritable référence descriptive du syndrome d'AM. Contrairement à son contemporain anglais W. Gull, et au prétendu « père de l'anorexie » L.V. Marcé, E.C. Lasègue ne s'est pas contenté de dresser un simple tableau détaillé des différents signes cliniques caractérisant l'anorexie. Il se positionne également comme un thérapeute qui appelle ses confrères à faire preuve d'humilité. Sa démarche thérapeutique consistait à mettre en suspens tout son savoir de médecin, afin d'écouter au mieux ce que ses patientes avaient à lui dire. Écouter, observer, rassurer et accompagner sans forcer étaient ses prescriptions et ses préconisations (séduisant pour l'époque). Et malgré le choix hasardeux de sa terminologie, peut-être faute de mieux, Lasègue s'attachait cependant à bien différencier l'hystérie et l'anorexie. Selon l'auteur, l'hystérique se déclare « malade » avant l'apparition de ses premiers symptômes, alors que l'anorexique se refuse pendant très longtemps à être associée à un tel statut. Dans cette période pré-freudienne, la sensibilité clinique d' E-C Lasègue est précieuse pour nos travaux de recherche contemporains. Il alerte en effet ses confrères d'antan et d'aujourd'hui sur les méfaits de l'autorité du médecin dans l'accompagnement des jeunes femmes anorexiques pour lesquelles, le respect de leur individualité doit rester la priorité thérapeutique. Et s'il semblait optimiste sur le caractère non-létale de ce trouble, il a fait du respect de la temporalité des « malades » une nécessité thérapeutique absolue. Il témoigne : « En règle générale, il faut prévoir que le changement en mieux s'opérera lentement »¹¹⁵.

Ce n'est donc que 10 ans après la description de E.C. Lasègue que H. Huchard utilisera le terme *d'anorexie mentale*¹¹⁶. Et même si la référence Anglo-Saxonne

¹⁰⁹ Janas, H.E. (1994). Aspect historiques et évolutifs de la notion d'anorexie mentale et de ses stratégies thérapeutiques : revue de la littérature et analyse.

¹¹⁰ Skrabanek, P. (1983). Notes toward the history of anorexia nervosa. *Janus*, 1983; 70: 109-128

¹¹¹ Marcé, L.V. (1860). Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. *Annales Médico-Psychologiques*, 15-28

¹¹² Luauté, J., Lempérière, T. & Garrabé, J. (2010). Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale: Un parcours et un destin météoriques. *Devenir*, 22, 339-359.

¹¹³ Raimbault, G. Eliacheff, C. (1996). Les indomptables. Figures de l'anorexie. Odile Jacob

¹¹⁴ Lasègue, E-C. (2009). De l'anorexie hystérique. *Journal français de psychiatrie*, 1(1), 3-8.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Kestemberg, E., (1972). Ibid., p.14

« anorexie nerveuse » semble un brin plus adéquat au regard de « l'erreur étiologique » (abordé dans le prochain chapitre), E-C. Lasègue n'a en tout cas jamais souligné l'absence d'appétit mais au contraire, parlait d' « inanition volontaire»¹¹⁷. Dans la continuité des travaux de E-C Lasègue, la psychiatrie française va poursuivre ses recherches sur la clinique de l'AM. Un deuxième texte fondateur signé par J-M Charcot sera publié en 1890¹¹⁸. Dans son ouvrage, Charcot s'est intéressé à ces jeunes femmes qu'il considérait comme des hystériques et pour lesquelles tout traitement devait nécessairement passer par l'isolement qu'il jugeait indispensable. Contrairement à E.C. Lasègue, J.M. Charcot usera de son pouvoir d'autorité (Cf chapitre 3).

On peut déjà noter que l'anorexie mentale est devenue une pathologie, une affaire du médical, dès l'essor de la médecine psychiatrique du XIX^{ème} siècle. Il serait à ce jour impossible de lire tous les ouvrages qui lui ont depuis été consacrés. La psychanalyse, les neurosciences, la sociologie... Les références théoriques ne manquent pas. Les théories se réfutent, se contredisent, progressent et régressent à mesure du temps. La psychiatrie, influencée par les évolutions dynamiques de notre monde, évolue et s'adapte de la même façon que les autres sciences aux exigences qu'inflige le contexte. Depuis la première version du DSM en 1952, année où l'OMS décide d'introduire les « troubles mentaux » dans les classifications internationales des maladies, au DSM V publié en 2013, les troubles alimentaires et l'AM n'ont pas échappé aux modifications et aux évolutions nosographiques. Le DSM V inclut par exemple de nouveaux critères diagnostiques intéressants comme *le déni*, tout en amputant malheureusement *le refus* et *l'aménorrhée*, véritables concepts centraux du syndrome selon les psychanalystes tels que M. Recalcati et M. Corcos. En effet, le refus semble « toujours central dans l'anorexie ». Il illustre toute la problématique « de nourrir son propre corps, de le soumettre aux lois de la nécessité biologique »¹¹⁹. De même, l'aménorrhée qui lui succède vient « ainsi signifier le maintien du statut d'enfant, comme évitement du devenir femme »¹²⁰.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale DSM IV

- a. **Refus** de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (i.e., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu).
- b. Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, alors que le poids est inférieur à la normale
- c. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- d. Chez les femmes post-pubères, **aménorrhée** c.-à-d. absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs.

¹¹⁷ Lasègue, E. (2008). De l'anorexie hystérique. *La Cause freudienne*, 68, 82-93.

¹¹⁸ Charcot, J-M. (1890). « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie », dix-septième leçon sur les maladies du système nerveux, in *Œuvres complètes*, tome III. Paris, Le progrès médical / Lecrosnier et Babé ? 1890, 238-252

¹¹⁹ Recalcati, M. (2010). Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie. *Psychanalyse*, 18, 5-17.

¹²⁰ Corcos, M. (2006). L'anorexie mentale. *Le Journal des psychologues*, 234, 58-62.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale DSM V

- a. Restriction des apports énergétiques par apports aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, de la courbe de développement et de la santé physique. Un poids significativement bas est défini comme un poids inférieur au minimum normal, ou pour des enfants et les adolescents, inférieur au minimum attendu.
- b. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant pour contrecarrer la prise de poids alors que le poids est significativement bas.
- c. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou **déni** de la gravité de la maigreur actuelle.
- d. Altération de la perception du poids ou des formes corporelles avec influence excessive sur l'estime de soi ou persistance d'un **déni** de la gravité de la maigreur actuelle.

1.2.2 L'erreur étymologique

Nous connaissons probablement tous le syndrome d'AM qui, grâce à la fascination médiatique, trouve une place de choix sur les réseaux sociaux et les plateaux télévisés. Pourtant vulgarisé et confondu avec l'un de ses principaux symptômes, l'anorexie (qui littéralement signifie « perte d'appétit »), il reste encore insaisissable et incompris dans l'opinion publique. Cette confusion qui touche et contamine les systèmes sociétaux, familiaux et même médicaux, participe au désordre dans lequel les jeunes filles aux prises avec l'anorexie mentale se retrouvent. Il suffit de constater le nombre d'articles et d'ouvrages qui lui sont consacrés pour comprendre à quel point ce trouble particulier des conduites alimentaires perturbe et fatigue les soignants des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie pas toujours spécialisés en TCA.

Le terme « anorexie » *a* (privatif) et *orexie* (appétit) dérive du grec « *ανορεξια* » (anorexia), qui signifie donc « perte d'appétit ». Le terme « mentale », du latin « *man* », signifie « penser » : « qui se fait dans l'esprit ». Le nom de l'AM a fait débat, nous l'avons vu avec E-C. Lasègue et ses confrères de l'époque. En effet, lorsqu'en 1873, le médecin français fait de l'AM un syndrome, il utilise également l'expression « inanition volontaire » (comme équivalant à « anorexie hystérique »). Cette expression avait l'avantage de souligner l'importance du refus, négligeant ainsi le manque d'appétit. J. Maître nous rappelle que cette expression offrait également une « traduction approximative de l'anglais « *self starvation* »¹²¹ qui littéralement signifie « l'auto famine ». Et R. Girard ajoute à cela : « contrairement à ce que l'étymologie nous laisse croire l'anorexique a de l'appétit [...] Elle a envie de manger »¹²².

¹²¹ Maître, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. Revue française de psychanalyse, 65, 1551-1560

¹²² Chassaing, J. (2009). Anorexie et question du désir chez René Girard. Journal français de psychiatrie, 32, 27-29

De plus, *mentale*, du latin *man*, signifie « penser » (qui se fait dans l'esprit). *Anorexie*, du grec *anorexia*, « manque d'appétit », associé à *mentale*, signifierait de ce fait « manque d'appétit qui se fait dans l'esprit ». L'erreur serait donc à double niveau car « dans l'esprit » notifierait qu'une séparation au sens cartésien du terme entre le corps et la psyché existerait au préalable. Cette dualité ferait alors l'économie du corps sensible et le terme de *mentale* ne se suffirait pas à lui-même pour conceptualiser « l'économie pulsionnelle anorexique »¹²³ liée aux problématiques corporelles. En effet, lorsqu'il s'agit de penser la psychopathologie, il semblerait indispensable d'intégrer la notion du corps, une théorie du corps au-delà d'une « thérapie corporelle »¹²⁴. Pas une théorie biologique ou mécaniste mais une « théorie du corps intelligent et sensible »¹²⁵ comme le suggère C. Dejours. Selon l'auteur, la psychanalyse doit s'inspirer de la phénoménologie afin de remettre au centre de ses théories la dimension corporelle, inséparable avec celle de l'inconscient. Avec son concept de « corps érotique »¹²⁶, C. Dejours rejoint ainsi D. Winnicott (et son concept de « corps habité »¹²⁷) afin de rappeler que tous ceux qui travaillent avec des patients souffrant de pathologies graves « sont amenés à un moment ou à un autre à poser la question du primat du corps »¹²⁸.

L'appétit ne manquerait donc pas à l'adolescente anorexique. Certes, il diminuerait avec le temps. Un jeûne prolongé atrophie en effet l'estomac et la satiété est vite atteinte car « l'appétit se perd en ne mangeant plus »¹²⁹. Il semblerait alors important de lire différemment les choses afin de ne pas réduire « anorexie » au sens étymologique du terme. Comme le suggère M. Corcos, il serait plus cohérent de « pouvoir lire lutte contre l'appétit, comme dans l'Alexithymie... lutte contre les émotions plutôt qu'absence d'émotions »¹³⁰.

L'appétit, du latin *appetitus*, retrouve tout sens dans l'œuvre de Spinoza. En effet, employé dans l'*Ethique*¹³¹, il désigne l'acte et le mouvement de se transporter vers quelque chose pour le saisir. L'appétit se rapporterait donc aussi bien à l'esprit qu'au corps en ce qui concerne tout le *mode de la substance indivisible de l'être*. L'appétit pourrait alors s'entendre synonyme de désir ? Anorexie, à lire alors comme *lutter contre l'appetitus*, peut se traduire par *lutter contre le désir*, le désir de manger la vie et d'aller à la rencontre du monde ?

La confusion des choses, des concepts et des termes pourrait-elle alors nous conduire à confondre la primauté des ordres à suivre ? Il semblerait alors important que la genèse des concepts psychopathologiques soit connue afin d'éviter que certaines certitudes ne s'imposent comme des évidences absolues. Cependant, comme l'écrit J.

¹²³ Brusset, B. (2009). Chapitre 5 - L'économie pulsionnelle anorexique. Dans : B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale* (pp. 147-166). Paris: Dunod.

¹²⁴ Frère-Artinian, C. (2013). La psychothérapie psychanalytique corporelle : une alternative à la cure-type. *L'information psychiatrique*, 89, 743-750.

¹²⁵ Dejours, C. & Pailler, J. (2009). Propos sur la santé. *Revue française de psychosomatique*, 36, 39-53.

¹²⁶ Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot

¹²⁷ Winnicott D.W. (1969), « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma » (1949), in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot

¹²⁸ Dejours, C. (2009). *Ibid.*

¹²⁹ Marsaudon, E. (2011). *Anorexie mentale Comprendre pour mieux accompagner*. Dangles p.12.

¹³⁰ Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob

¹³¹ (*Ethique III* in prop. 9, scolie)

Maître, le terme *d'anorexie* serait difficile à remplacer « tant il est rentré dans le langage courant »¹³².

1.2.3 Au regard des mouvements étiopathogénique et nosologique

Nombreux sont les médecins, psychiatres et psychologues qui se sont penchés dès le XVII^{ème} siècle sur les questions que posent les jeunes femmes anorexiques. Et si R. Morton parlait en 1694 de « phtisie nerveuse », le XX^{ème} siècle sera le temps où l'AM sera considérée comme une affection psychopathologique à part entière. On retrouve dans le célèbre ouvrage des époux Kestemberg et de S. Decobert *La faim et le corps*, un tableau récapitulatif sur « l'historique des conceptions pathogénétiques »¹³³ de l'anorexie mentale. Du refus volontaire à la sitiophobie, on peut constater que l'étiopathogénie constitutive de l'AM n'a cessé d'évoluer aux cours de ces trois derniers siècles. De G. de La Tourette en 1908¹³⁴ (qui faisait une distinction entre le refus relatif anorexique et le refus absolu psychotique) à B-C. Meyer et L-A. Weinroth en 1957¹³⁵ (qui expliquaient l'anorexie comme une tentative pour rétablir l'unité avec la mère), la psychose et le disfonctionnement maternels précoces ont généralement été mis en avant (nous y reviendrons).

L'AM sera au début du XX^{ème} siècle d'abord associée avec J.M. Charcot et J. Déjerine à l'hystérie. Les deux médecins rejettent de ce fait l'idée d'associer le refus alimentaire avec celle du délire psychotique.

Le psychologue et médecin P. Janet décrit dans son ouvrage de 1909 *Les Névroses*¹³⁶, l'AM comme une « maladie de la volonté », maladie dans laquelle la peur de grossir signifierait une peur de la puberté et sa mise à distance. L'auteur distingue « l'anorexie hystérique de la sitiergie psychasténique »¹³⁷, deux névropathies aux destins différents et donc, aux traitements différents. Il prévient en effet le lecteur que la lutte contre la faim serait dans l'anorexie une lutte volontaire liée à une difficulté d'acclimatation à un nouveau contexte. Le refus alimentaire du sujet psychasténique serait au contraire liée à un « accident psychasténique antérieur », provoquant des obsessions ou des phobies relatives à l'alimentation. On pourrait parler aujourd'hui d'hypocondrie.

Dans sa description du cas Nadia (description faite en 1903 dans *Les obsession et la psychasthénie*), P. Janet décrit la restriction alimentaire de sa patiente comme « une lutte volontaire contre la faim » dont le but serait de ne pas devenir « grosse comme sa mère ». P. Janet soutient également l'idée que le refus alimentaire révélerait « une

¹³² Maître, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1551-1560.

¹³³ Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Puf p.14

¹³⁴ Ibid., p. 15

¹³⁵ Meyer, B.C., Weinroth, L.A. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa; report of a case. *Psychosom Med.* 1957;19(5):389-398. doi:10.1097/00006842-195709000-00006

¹³⁶ Janet, P. (1909). *Les Névroses* (éd 2008). Paris : Harmattan

¹³⁷ Ibid., p. 197

obsession de la honte du corps » et fait donc de l'AM une expression névrotique de la honte de soi et d'un refus de la sexualité. En effet, dans sa description, il décrit entre autre le dégoût et la terreur que ressent sa patiente pour « les poils du pubis » et au « développement de la poitrine ». Comme évoqué précédemment, Nadia lui confiera d'ailleurs : « Puisque les hommes aiment des femmes grosses, je veux toujours rester extrêmement maigre »¹³⁸.

A l'instar de E. Lasègue, P. Janet soutient par conséquent que « l'excès d'insistance amène l'exagération de la résistance »¹³⁹.

Il faudra attendre les années 1960 pour que la psychanalyse dissocie l'AM de la Névrose et que la phénoménologie psychiatrique aborde la question impliquant le statut existentiel du corps avec L. Binswanger (et ses notions d'ombre et de mystère) et M. Boss (qui défendait l'idée selon laquelle « l'attitude de grève envers la vie corporelle et terrestre s'insurge uniquement contre un devoir d'être dans un milieu déterminé... »¹⁴⁰). M. Boss présentait l'anorexie comme le dégoût de la maturation féminine du corps et de l'embonpoint, ces derniers étant relatifs au péché...

En 1965, B. Brusset nous rappelle que l'on retrouve dans le Symposium de Göttingen¹⁴¹, dirigé par J.E. Meyer et H. Feldman, un tournant dans les hypothèses psychopathologiques. Il est ainsi spécifié lors de ce colloque que :

- L'anorexie mentale est une structure spécifique.
- L'important n'est plus le symptôme alimentaire mais le rapport douloureux entretenu avec le corps.
- Le refus se situe au niveau de l'acceptation de la transformation corporelle.

La problématique narcissique est alors mise en avant, notamment à la suite des travaux de M. Selvini et H. Bruch. La psychiatre italienne qualifiera en 1982 l'AM de « paranoïa intrapersonnelle »¹⁴², telle une forme de psychose « non-symptomatique » à mi-chemin entre la position dépressive et schizoparanoïde. Elle pose également une hypothèse proche de celles avancées par M. Corcos : l'anorexie lutterait contre « l'impulsion boulimique »¹⁴³. Notons d'ailleurs que pour M. Corcos, l'AM pourrait se définir comme :

« une conduite active, consciente, volontaire de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord (à déraison) avec le fantasme de débordement boulimique qui la sous-tend »¹⁴⁴.

¹³⁸ Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasténie (éd 2005). Paris : Harmattan p.370

¹³⁹ Ibid., (1909). p.178

¹⁴⁰ Boss, M. (1959). Introduction à la médecine psychosomatique. Paris : Puf p.35

¹⁴¹ Meyer, J.E., Feldmann, H.(1965). Anorexia nervosa: Symposium am 24./25 April 1965 in Göttingen. Herausgeber: J.-E. Meyer und H. Feldmann. Stuttgart: Thieme; 1965

¹⁴² Selvini M. (1987): Mara Selvini Palazzoli. Histoire d'une recherche. L'évolution de la thérapie familiale dans l'œuvre de Mara Selvini Palazzoli. ESF, Paris, trad. française. Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.

¹⁴³ Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2002): Anorexiques et Boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale. Trad. franç. Médecine et Hygiène, Genève. Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare, (1998) Raffaello Cortina Editore, Milan.

¹⁴⁴ Corcos, M. (2020). Abécédaire de l'anorexie mentale. Paris : Odile Jacob p.63

Célèbre pour ses travaux sur les conduites alimentaires, la psychiatre et psychanalyste allemande H. Bruch conceptualisera quant à elle le syndrome d'AM autour de trois « axes fondamentaux »¹⁴⁵ :

- Le trouble de l'image corporelle
- Le trouble de la connaissance et de la perception des stimuli corporels
- Le sentiment d'inefficacité ou d'impuissance

De la névrose à la psychose, le statut nosologique de l'AM a donc beaucoup cheminé. J-M. Charcot et les premiers psychanalystes ont parlé de conversion hystérique, conséquence d'un refoulement de l'érotisme oral. La névrose avait bonne presse au début du XXème siècle et l'hystérie semblait pouvoir venir expliquer tous les comportements dit « hors-normes ». Et si K. Abraham¹⁴⁶ rapprochait l'organisation libidinale du maniaco-dépressif avec celle de la boulimie, c'est donc dans la deuxième moitié du XXème siècle que l'anorexie sera pensée en dehors de toute structure de personnalités.

Au regard des troubles de l'humeur, G. Gero¹⁴⁷ avance en 1967 l'idée que l'anorexie serait un état défensif pour faire face à la dépression. L'AM serait pour l'auteur un « équivalent dépressif » qui permettrait d'élaborer la difficile question de la perte d'objet que l'on retrouve dans les expériences de deuil.

A ce jour, bon nombre d'auteurs joignent les troubles des conduites alimentaires dites sévères (notamment l'anorexie mentale) aux structures limites de la personnalité. Il est nécessaire de noter qu'en parallèle, ces mêmes auteurs notent une évolution des pathologies limites vers une mélancolie plutôt que vers une schizophrénie¹⁴⁸. H. Thomä cependant, évoquait le *retrait autistique* du comportement anorexique comme une défense contre la dépendance au corps et à l'objet, où l'anorexique serait en lutte avec « son désir de fusion avec la mère »¹⁴⁹.

E. et J. Kestemberg et S. Decobert ont parlé d' « orgasme de la faim¹⁵⁰ » pour définir toute la satisfaction éprouvée par cette lutte infernale contre le manque, où le triomphe émergerait de la non-satisfaction du besoin. Ainsi, le conflit inconscient entre un corps rejeté et une faim recherchée signerait pour les trois auteurs l'expression d'un aménagement « pervers » (le corps est utilisé comme un fétiche) qui s'organiserait autour d'une angoisse de mort, révélatrice d'une « psychose froide »¹⁵¹ (sans délire). Dans la continuité, les apports de B. Brusset¹⁵² vont donner le ton d'une nouvelle ère. Il avance en effet l'hypothèse à la suite des trois précédents auteurs que l'AM constituerait un aménagement pervers lié au maintien d'une dépendance excessive aux objets externes.

¹⁴⁵ Bruch, H. (1973). Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique (éd 1994). Paris : Payot p.295

¹⁴⁶ Abraham, K. (1924). Le modèle infantile de la dépression mélancolique. Œuvres complètes, Vol II (1966 éd). Paris : Payot

¹⁴⁷ Gero, G. (1967). An equivalent of depression. Anorexia, in : Greenacre P. Affective disorders. London, Hogarth

¹⁴⁸ Corcos, M. (2000). Ibid., p.94

¹⁴⁹ Tomä, H. (1961). Anorexia Nervosa. Stuttgart : Huber-Klett

¹⁵⁰ Kestemberg, E. Kestemberg, J. (1972). La faim et le corps. Paris : Puf

¹⁵¹ Abensour, L. (1999). Anorexie mentale et psychose froide. Dans : , L. Abensour, Evelyne Kestemberg (pp. 44-55). Paris : Puf

¹⁵² Brusset, B. (1998). Pathologie de l'anorexie mentale. Paris : Dunod.

L'idée du fonctionnement limite, initié depuis les travaux de Ph. Jeammet est aujourd'hui mise en avant par la clinique psychanalytique. S. Vibert et C. Chabert écrivent à ce propos :

« Si les critères diagnostiques du syndrome d'anorexie mentale sont aujourd'hui clairement définis par les approches psychiatriques descriptives, de nombreux auteurs (B. Brusset, Ph. Jeammet, C. Chabert) s'accordent pour dire qu'aucune référence nosographique ne peut suffire à caractériser ce syndrome, même si les organisations limites sont plus fréquemment citées, et encore moins à rendre compte de ce qui fait sa survenue et sa spécificité : sa dimension d'agir »¹⁵³.

En 1988, N. Châtelet soulignait la difficulté de la communauté scientifique à trouver un consensus quant à l'organisation structurelle des patientes anorexiques. En effet, dans *Histoires de bouches*, elle nommait les anorexiques comme des « inclassables »¹⁵⁴, signifiant révélateur de la difficulté classificatoire toujours constatée de nos jours. Mais lorsqu'il s'agit de penser la question du vivant, les théories générales semblent en effet toujours un peu bancales. Et si les tableaux de classifications peuvent permettre de structurer et contenir les interprétations, ils peuvent cependant piéger l'observateur au-delà de le maintenir dans son ignorance. Il n'existe donc pas de théorie universelle pour expliquer l'AM mais la personnalité des anorexiques a pourtant été soulignée dès la définition du syndrome par E-C. Lasègue et W. Gull. Dans leurs écrits, leurs patientes étaient décrites: « perfectionnistes, psychorigides, ambitieuses, se dirigeant elles-mêmes durement, sensibles, ayant un sentiment d'insécurité, consciencieuses, méticuleuses, opiniâtres, introverties, sérieuses... »¹⁵⁵.

P. Gorwood et ses collaborateurs font de ces *traits de personnalités* le point central de la description anorexique. Ils synthétisent et distinguent cependant ces différents fonctionnements selon les « sous-types d'anorexies » : anorexie restrictive, avec ou sans purge, boulimique et boulimanorexique. Leurs recherches valident l'hypothèse qu'il existerait un *profil de personnalité caractéristique de l'anorexie mentale restrictive*¹⁵⁶. Les AM, tous sous-types confondus¹⁵⁷, seraient en effet à associer à la personnalité obsessionnelle-compulsive ou, dans une moindre mesure, à la personnalité évitante. « Les troubles des conduites alimentaires pourraient être une variante phénotypique des troubles obsessionnels-compulsifs, voire faire partie d'un spectre des troubles obsessionnels-compulsifs »¹⁵⁸.

Et selon W-H. Kaye, les TCA et les TOC partageraient une vulnérabilité génétique « à la dysrégulation du fonctionnement sérotoninergique »¹⁵⁹. Au regard des

¹⁵³ Vibert, S. & Chabert, C. (2009). Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 52(2), 339-372.

¹⁵⁴ Châtelet, N. (1988). *Histoires de bouches*. Paris : Gallimard p.160

¹⁵⁵ Vitousek, K., Manke, F., Personality (1994). Variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 1994 : 103:137-47.

¹⁵⁶ Rousset, I., Kipman A., Adès P., Gorwood, P., (2003). Personnalité, tempérament et anorexie mentale *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 180-188 2003 Elsevier

¹⁵⁷ Gillberg, I.C., Rastam, M., Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years afteronset: part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1995 ; 36:61-9 Part II : 70-6.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Kaye, W-H. (1997). Neurobiology and genetics: anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacology Bulletin* 1997;33:335-44.

comorbidités, on retrouve dans une étude de D. Herzog au premier rang le syndrome dépressif¹⁶⁰. Les fréquences des tentatives de suicide ne seraient quant à elles pas différentes chez les anorexiques et les boulimiques que chez les patientes souffrant d'un syndrome dépressif majeur¹⁶¹.

Rappelons que le syndrome d'anorexie mentale peut autant concerner des jeunes filles prépubères âgées de moins de 10 ans que des jeunes femmes de 25 ans. Les enjeux identitaires et pulsionnels diffèrent pourtant de façon considérable entre ces deux modalités temporelles. Et au-delà du fait que les conséquences physiologiques de l'amaigrissement vont différemment concerner une enfant de 10 ans et une femme déjà adulte, les questions du féminin (d'un point de vue identitaire, pulsionnel, corporel et sociologique) concerneront autrement des enfants, des adolescentes et des jeunes femmes (même si leurs angoisses peuvent se ressembler et trouver leurs origines au cœur de leurs histoires infantiles. Le diagnostic d'une *névrose actuelle* a en effet été abandonné par S. Freud lui-même depuis plus d'un siècle). Il serait alors difficile de parler d'une même anorexie quand une différence d'âge est aussi importante. Cela réduirait le sujet malade à une simple affection psychopathologique codifiée pour laquelle, un tableau nosographique semble déjà être prévu pour répondre à l'incompréhension que ces conduites font apparaître. En ce sens, si nous retenons dans ce travail le fonctionnement limite lorsqu'on nous parlons d'anorexie mentale à l'adolescence, il serait difficile de « trouver une unité entre les formes de début de l'anorexie à l'adolescence, parfois légères et fugaces, et les évolutions au long cours où s'affirme dans la chronicité la structure de psychose froide »¹⁶².

Définir l'anorexie mentale d'un point de vue structurelle n'est pas simple, pour la bonne raison qu'elle ne répond probablement en rien à la logique d'une classification nosographique. A l'instar d'un P. Jeammet ou d'un B. Brusset, il serait peut-être plus cohérent de parler de *pathologie de l'agir*, terme qui éclaire le fonctionnement limite et les troubles narcissiques. Pour aller plus loin, il nous semble indispensable d'associer aux fonctionnements limites de l'AM l'idée de *destructivité* et de *Narcissisme négatif* d'A. Green, et l'idée de *Masochisme mortifère* de B. Rosenberg et N. Dumet. Nous en reparlerons dans les prochains chapitres (Chapitre 3).

¹⁶⁰ Herzog D, Keller M, Lavori P, Kenny G, Sacks N. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of clinical psychology* 1992;53:147–52.

¹⁶¹ Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:27–32.

¹⁶² Vermorel, H. & Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1537-1549.

1.3.1 L'anorexie mentale ou le fruit d'une aliénation sociétale

L'anorexie mentale serait une pathologie de la modernité ? C'est en tout cas l'hypothèse soutenue par L. Onnis¹⁶³ qui réfute l'hypothèse de « la sainte anorexique » évoquée ci-dessus. En effet, pour l'auteur italien, le corps émacié de la jeune adolescente anorexique d'aujourd'hui est embarqué dans un contexte culturel profondément différent. Il se réfère ainsi aux travaux de W. Vandereycken et R. Van Deth pour qui « le phénomène anorexique d'aujourd'hui se positionne dans l'enchevêtrement sauvage d'images et d'objets qui peuplent le monde moderne qui naît précisément de la chute des grandes valeurs théologiques et métapsychiques »¹⁶⁴.

Le contexte social et culturel occidental serait alors l'un des grands facteurs favorisant l'abondance de cas d'AM dans notre monde moderne ? Les inégalités existent dans toutes les sociétés et la santé n'échappe pas à la règle. Mais les inégalités en termes de santé sont souvent le résultat « d'inégalité dans d'autres domaines »¹⁶⁵ tels que l'éducation, les revenus... Les classes élevées de ces sociétés occidentales dites riches connaîtraient des souffrances bien différentes des autres classes. Les troubles des conduites alimentaires seraient alors à ce jour une aliénation des classes dites riches ?

Les TCA, l'anorexie mentale en cheffe de file, se retrouve principalement chez « les filles de classes supérieures »¹⁶⁶. Cette distinction insolite interroge sociologiquement les tensions sociales des différentes classes tant les « catégories supérieures » ressortent en général gagnantes. Mais l'anorexie se différencie par son caractère restrictif, or, lorsqu'on manque déjà beaucoup, il est en effet difficile de s'accorder encore plus de restrictions...

Toutes ces questions pour tenter de comprendre ce qui plonge l'individu dans certaines souffrances parfois proches de celles de la folie. De la punition de Dieu au tout génétique, l'étiologie des maladies mentales connaît une longue et passionnante histoire. Et même s'il est dorénavant admis par l'ensemble des acteurs de la médecine que les troubles psychiatriques résultent d'une interaction riche et complexe entre l'environnement et l'individu, l'anorexie mentale semble trouver une place de premier choix au rang des affections psychopathologiques d'origines dites sociétales et culturelles.

« De nombreux facteurs épidémiologiques prouvent l'influence de l'environnement sur cette pathologie : l'anorexie mentale est pratiquement inconnue chez les Noirs (Africains et Américains). L'augmentation des cas

¹⁶³ Onnis, L. (2013). Anorexie et boulimie, le temps suspendu. Individu, famille et société. Bruxelles : De Boeck p. 66

¹⁶⁴ Vandereycken, W., Van Deth, R. (1994). From fasting saints to anorexic girls : The history of self starvation. New York : New York University Press

¹⁶⁵ Bihir, A., Pfefferkorn, R. (2018). Le système des inégalités. Paris : La découverte

¹⁶⁶ Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J. & Legleye, S. (2017). Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie. *Revue française de sociologie*, 58, 7-40.

d'anorexie au Japon est contemporaine de l'occidentalisation du pays. Ce trouble est plus fréquent dans les classes moyennes et aisées»¹⁶⁷.

Difficile voire impossible d'admettre sans rougir que « tout ne serait que culture ». Malgré tout, il semble important de sortir d'une vision dualiste qui opposerait « nature-culture » afin de repérer, pour commenter au mieux, ce qu'on pourrait appeler « les facteurs aggravants ». Notre monde hyper moderne, caractérisé par sa culture de consommation, idéologisant le paraître et l'esthétique, influe probablement sur une possible augmentation de la prévalence de l'AM. Quête de la performance, perturbateurs endocriniens dans nos produits de première nécessité, compétition de plus en plus oppressante, la liste des responsables pourrait être longue.

Le monde économique, peu sensible quoi qu'on en dise au syndrome de l'anorexie mentale, nous permet cependant d'entrevoir les impacts du capitalisme sur notre époque. Les époux Meadows par exemple, posent l'hypothèse dans leur rapport de 1970 que « plus la croissance est bonne et plus la planète est menacée » (référence au Rapport Meadows, plus connu sous le nom du club de Rome, *les limites à la croissance*¹⁶⁸). Ce rapport nous alerte sur les paradoxes de l'économie du bonheur au même titre que l'augmentation de cas cliniques dans les services de psychiatrie et de pédiatrie nous alerte sur les paradoxes existentiels de notre temps. Pour résumer, plus la croissance est bonne, plus un pays s'enrichit, plus la dialectique de compétition/consommation s'exacerbe et plus nous sommes visiblement condamnés à souffrir... Plus nous débordons, plus nous étouffons, moins nous pensons et plus nous manquons ? Alors au même titre que le confort individuel s'améliore toujours de plus en plus, un désastre écologique ou démographique émerge en parallèle, au même titre que les dépressions n'ont jamais été autant diagnostiquées qu'à notre époque (entre 2000 et 2018, la prévalence serait passée de 8 % à 10 %¹⁶⁹). A. Soljenitsyne, dans son discours de Harvard de 1978 (*Le déclin du courage*) rappelait remarquablement que la liberté offerte à chacun par le monde occidental ne pouvait avoir pour conséquence que le malheur. En effet, selon l'auteur russe, nous avons négligé « seulement un petit détail psychologique : le désir constant d'avoir toujours plus, toujours mieux »¹⁷⁰.

Mais alors comment devient-on anorexique ? Comme énoncé précédemment, les troubles psychiatriques sont la conséquence d'un entrechoquement entre une multitude de facteurs. Qu'ils soient génétiques, historiques ou contextuels, il semble important de ne laisser aucun regard de côté, car c'est avec l'accordage et l'entrecroisement d'un maximum de pensées que le chercheur peut s'approcher au plus près des secrets que renferment les énigmes du monde. L'AM serait en tout cas pour la sociologue M. Darmon « une entreprise de transformation de l'identité »¹⁷¹ qui « se déploie dans un espace social

¹⁶⁷ Guéguen, J.P. (2003). « L'anorexie mentale : une pathologie féminine », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. n° 51, no. 1, 2003, pp. 81-86.

¹⁶⁸ Meadows, D. Meadows, D. Randers, J. Behrens, W. (1972). *Les limites à la croissance* (dans un monde fini). Paris : Rue de l'échiquier

¹⁶⁹ Fond, G. Lancon, C., Auquier, P., Boyer, L (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. In *La Presse Médicale*. Volume 48, Issue 4, Pages 365-375

¹⁷⁰ Soljenitsyne, A.(1978). *Le déclin du courage* (éd 2020). Paris : Fayard p. 25

¹⁷¹ Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique: Une approche sociologique*. Paris: La Découverte. p.80

orienté»¹⁷². Pour l'auteure, l'anorexie doit s'entendre comme une « activité », dans laquelle l'identité resterait le facteur explicatif principal. Il n'est plus alors question ici d'étudier « les gens » mais bien ce qu'ils font (comme activité). Dès lors, il devient possible d'observer *ce que fait* l'anorexique d'un point de vue sociologique et de reformuler « la question de propriétés sociales des anorexiques »¹⁷³. Au regard de ce *qu'elle fait* pour être, S. Gooldin propose de repenser l'AM comme une « subjectivité héroïque »¹⁷⁴ qui en luttant contre la faim, viendrait incarner la figure rivale de l'idéal masculin. Telle une héroïne insoumise, la jeune anorexique serait même selon I. Ziga une *sainte rebelle*, capable de tout pour échapper à « la violence des mâles »¹⁷⁵.

On retrouve souvent la notion d'*identité* sous la plume des sociologues. Mais de quelles identités pouvons-nous parler ? Cela questionne depuis longtemps tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin à la psychologie. En effet, les études sur l'identité n'ont jamais été autant d'actualité et personne ne semble avoir contredit E-H. Erikson¹⁷⁶ lorsqu'il déclarait déjà dans les années 1960 qu'elles étaient toutes aussi centrales que celles sur la sexualité dans les années 1900. Identité personnelle, celle qui renvoie à la différence avec autrui ou identité sociale, celle qui renvoie au sentiment d'appartenance groupale ? Deux modalités identificatoires qui ne se suffisent pas à elles-mêmes pour rendre compte de la complexité de la relation entre l'individu et le social. Mais dans une société où les femmes ont toujours été malmenées (à des intensités différentes selon les époques), les études menées par M. Darmon, R.M. Bell, C. Bynum et J. Maîtres mettent en avant comment « l'identité anorexique » peut devenir l'objectif à atteindre pour exister en sécurité aux côtés du danger. Véritable renoncement identitaire, telle une rupture avec « l'identité d'avant »¹⁷⁷, elles sont et font de « l'anorexie » leur étendard à la fois personnel et social. Rôle social à tenir, activité à réaliser, tout est calibré pour faire exister une « subjectivité anorexique »¹⁷⁸. Dans son ouvrage *Beauté fatale*¹⁷⁹, l'excellente M. Chollet ne manque pas de soulever l'effrayante banalité de l'anorexie dans nos sociétés. Mais « comment pourrait-il en être autrement ? », interroge l'écrivaine franco-suisse. L'anorexie, serait pour l'auteure « la continuité de ce que vivent l'ensemble des femmes »¹⁸⁰. De plus, dans son ouvrage *Devenir chienne*, la journaliste basque I. Ziga avance l'hypothèse d'un *agir féministe* pour définir l'AM. Pour cela, l'auteure se réfère aux travaux de la psychiatre espagnol P. Gomes qui écrit :

« Les jeunes se révoltaient contre le mariage forcé en arrêtant de s'alimenter, elles cessaient ainsi d'avoir leurs règles et d'être fertiles, en plus de devenir extrêmement minces, et donc laides aux yeux des éventuels prétendants.

¹⁷² Ibid., p.81

¹⁷³ Ibid., p.81

¹⁷⁴ Gooldin, S. (2008). « Being Anorexic : Hunger, Subjectivity, and Embodied Morality », *Medical Anthropology Quarterly*, 22, 3 : 274-296.

¹⁷⁵ Ziga, I. (2009). Ibid. p. 65

¹⁷⁶ Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris : Flammarion

¹⁷⁷ Durif-Bruckert, C. (2017). 3. Retrait de soi, identité anorexique. Dans :, C. Durif-Bruckert, *Expériences anorexiques: Récits de soi, récits de soin* (pp. 105-130). Paris : Armand Colin.

¹⁷⁸ Godin, L. (2014). Saisir l'anorexie par le corps : de la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, 27(1), 31-47. <https://doi.org/10.7202/1025414ar>

¹⁷⁹ Chollet, M. (2012). *Beauté fatale*. Paris : La découverte

¹⁸⁰ Ibid., p 144

Cette histoire marque le lien naissant entre rejet féminin de la nourriture et idéal chrétien du martyr »¹⁸¹.

I. Ziga, lectrice attentive de Metrodora¹⁸², réfute en tout cas l'idée qui considère la jeune anorexique comme une « pauvre idiote » obstinée à ne pas manger pour imiter les mannequins squelettiques. Elle affirme par-dessus tout que l'AM est une « maladie chrétienne » et « féminine », absente dans les communautés musulmanes et israélites, et chez les hommes (qui plus est hétérosexuels).

La psychologie sociale et le féminisme poststructuraliste ont étudié les phénomènes sociaux pouvant être à l'origine de l'anorexie (au-delà du fait que l'anorexie peut se penser comme un désordre mental et/ou social mais également comme un problème *du* social). C'est ainsi que les hypothèses sur *les conséquences et le symptôme d'un problème social* ont émergé. Ainsi, S. Orbach¹⁸³ et M. MacSween¹⁸⁴ stipulent que les causes de l'anorexie seraient liées aux sociétés capitalistes et à la culture de masse.

S. Orbach considère que la féminité se caractérise par la soumission au désir des autres pendant que la définition de soi passe par le regard des autres. En conséquence, l'anorexie serait le « faux soi » d'un « faux corps » de celles qui seraient incapables de reconnaître et satisfaire leurs propres besoins individuels dans un monde où tout passe par le filtre du regard sociétal. M. MacSween, interrogeait déjà en 1997 la question du genre et avance que « l'anorexique » serait incapable de reconnaître le poids de la socialisation féminine et créerait ainsi, non pas un corps pour elle-même, mais un corps pour les autres.

Au regard de l'hypothèse d'une genèse sociale de l'anorexie mentale, les anthropologues comme R. O'Connor et P. Esterik retiennent l'idée d'observer « l'activité » et distinguent de ce fait *trois dispositions*¹⁸⁵ qui caractérisent l'anorexie dans son *identité vertueuse* : la performance, l'ascétisme et le vertueux. En effet, prise sous le regard des autres, la quête de performance deviendrait selon les auteurs l'action fondatrice de la construction identitaire. L'ascétisme renverrait à la soumission et à l'autodiscipline dans laquelle, la contrainte primerait sur les besoins naturels. Quant à la disposition vertueuse, elle viendrait ici caractériser la réponse aux attentes familiales comme sociales, afin que l'anorexique soit toujours « la bonne élève ». A travers ces trois dispositions, R. O'Connor et P. Esterik mettent en lumière ce que S. Gooldin appelait la « subjectivité héroïque », et soulignent que ces trois dimensions, réunies chez une même personne, rendent le sujet extrêmement vulnérable.

Alors problème social et problème du social ? Les questions que suscitent ces « problèmes » nous invitent de nouveau à nous détacher des mouvements de pensées

¹⁸¹ Gomes, P. (2014). Anorexia nerviosa. La prevencion en familia. Piramide Ediciones Sa edición

¹⁸² Pour rappel, Metrodora est une médecin grecque au 1^{er} siècle avant J.C qui décrit un nouveau mal féminin qu'elle appelle *sitergia* (rejet de nourriture)

¹⁸³ Orbach, S. (1986). Hunger Strike. The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age. Londres : Faber and Faber

¹⁸⁴ Macsween, M. (1993). Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa. Londres et New York : Routledge

¹⁸⁵ O'Connor, R., Esterik, P. (2008) « De-Medicalizing Anorexia. A New Cultural Brokering », *Anthropology Today*, 24, 5 : 6-9.

dualistes. Ainsi, c'est bien toute la sociologie de la santé mentale qui demande à reconsidérer les limites entre le « social problématique » et le « mental pathologique »¹⁸⁶.

La question anorexique se voudrait en tout cas *éternelle*¹⁸⁷, à la différence près que les *anorexiques* de l'ère médiévale étaient des femmes admirées pour leur capacité à jeûner de façon prolongée, d'où le terme d'anorexie mirabilis (merveilleux), nous l'avons vu. Rien ne semble en tout cas « réellement les différencier des anorexiques actuelles »¹⁸⁸. Mais une question se pose malgré tout. En effet, le sociologue J. Maitres relève un certain nombre de similitudes entre les conduites des saintes anorexiques et les anorexiques contemporaines (jeûne, hyperactivité, désintérêt et abstinence sexuelle). Pour autant, la minceur au moyen âge et à la renaissance était loin d'être la référence esthétique. De plus, nous savons que l'AM a connu son apogée dans l'Angleterre victorienne du XIX^{ème} siècle. L'épidémie s'est ensuite diffusée dans le monde aristocratique où la minceur n'était pas une option pour les pauvres. A cette époque, les standards de beauté étaient bien différents mais l'anorexie existait pourtant bien. L.V. Marcé a fait en France une description en 1860 de cas d'amaigrissements pathologiques chez de très jeunes femmes, nous l'avons vu. En ce temps où l'opulence et la rondeur, au-delà des standards de beauté, traduisaient la bonne santé, le haut niveau social et l'aptitude à porter des enfants, L.V. Marcé a traduit les conduites anorexiques par le terme de « délire hypocondriaque »¹⁸⁹. Alors pourquoi comme le demande I. Ziga, ces jeunes filles jeunaient-elles à une époque où le canon éthique encensait l'embonpoint ? « Quelle histoire est-on en train d'avaler ? »¹⁹⁰.

1.3.2 L'anorexie mentale au regard des sciences endocriniennes et neurocognitives

Malgré les descriptions faites au XVII^{ème} par R. Morton sur la psychopathologie de l'anorexie mentale, les hypothèses physiopathologiques ne sont apparues qu'au début du XX^{ème} siècle. C'est en effet qu'en 1914 que le médecin allemand M. Simmonds a parlé de l'anorexie comme une cachexie hypophysaire. Le médecin soutient en effet l'idée selon laquelle l'AM serait une maladie de l'hypopituitarisme antérieur, c'est-à-dire une maladie liée à une insuffisance de sécrétion de la glande hypophyse (voire une destruction du lobe antérieur de l'hypophyse). L'AM a donc été pendant plusieurs années associée à la Maladie de Simmonds même si dans les années 30¹⁹¹, une distinction entre les deux a pu être faite. Par conséquent, et malgré le fait que le refus alimentaire soit vraisemblablement volontaire, une partie du corps médical a envisagé l'AM comme une « pure maladie endocrinienne ». Mais l'hypothèse sur l'origine endogène a depuis longtemps été réfutée dans les considérations contemporaines. En effet, les dysfonctionnements biologiques ne

¹⁸⁶ Otero, M. (2012). L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression. Montréal : Boréal

¹⁸⁷ Bell, R. Ibid., p.56

¹⁸⁸ Brumerrg, J.J. (1988). Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa. Vintage Book p.41

¹⁸⁹ Marcé, L.V. (1860). Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. Annales Médico-Psychologiques. 15-28

¹⁹⁰ Ziga, I. Ibid., p. 63

¹⁹¹ Judes, S. D. (2018). Anorexie mentale : Quand un Père passe... et manque! Paris : Librinova.

sont désormais plus regardés comme « la cause des symptômes » mais comme « la conséquence de la dénutrition »¹⁹².

Les thèses sur un probable déterminisme biologique ont bien entendu suscité un intérêt pour de nombreux chercheurs. Si en 1984 W. Vandereycken avance l'idée d'un « potentiel génétique »¹⁹³, les hypothèses sur les prédispositions dites innées seront réfutées par de nombreux travaux. Des recherches sur les causalités héréditaires et génétiques ont en effet été menées mais aucune étude aujourd'hui ne peut démontrer qu'il existe une *vulnérabilité génétique*¹⁹⁴ dans l'anorexie mentale. Selon R. Shankland, les conclusions des études menées « ne sont pas suffisantes pour affirmer que les troubles alimentaires auraient une origine génétique »¹⁹⁵. Il est cependant important de souligner que « les études d'agrégation familiale estiment à 3% le risque d'avoir en enfant anorexique si un apparenté au trouble »¹⁹⁶. Autre remarque, une étude sur les jumeaux monozygotes stipule que lorsque l'une des deux sœurs souffre d'anorexie mentale, sa jumelle aurait entre 30 et 70%¹⁹⁷ de risque de tomber également malade. Ces chiffres doivent cependant être lus avec nuance, car deux jumelles sont aux prises de facteurs indéniablement communs (éducation, contexte et histoire familiale, traits de caractères...).

Bien entendu, l'héréditaire répond à un déterminisme génétique. On ne peut donc nier que la composante génétique intervient dans l'apparition du trouble et dans son maintien. En effet, c'est aussi le patrimoine génétique qui permet à l'adolescente anorexique de supporter cette terrible régression physique dans laquelle elle pourra se retrouver et c'est aussi sa physiologie qui lui permettra de supporter la faim et les carences. Mais le déterminisme génétique se différencie en tout point du regard biologique et/ou neuroscientifique que l'on peut rattacher aux questions que se pose la psychosomatique (caractérisée par sa volonté à « penser » le corps dans l'ensemble de sa substance, à la fois matérielle et immatérielle).

Les recherches scientifiques actuelles¹⁹⁸ axent leurs travaux sur le *microbiote*. Plusieurs études tentent de montrer l'importance des communautés bactériennes intestinales dans les cas d'anorexie mentale et on pourrait peut-être avoir recours un jour à l'*antibiothérapie*¹⁹⁹ pour « soigner » l'anorexie. Mais cause ou conséquence ? La question reviendra toujours même si, dans la logique de ce travail, l'hypothèse de « l'intrication » des choses nous paraît beaucoup plus juste. Lorsque la problématique alimentaire est

¹⁹² Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J. & Legleye, S. (2017). Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie. *Revue française de sociologie*, 58, 7-40.

¹⁹³ Vandereycken, W. (1984). Neuroleptiques dans le traitement à court terme de l'anorexie mentale, une étude contrôlée par placebo en double aveugle avec le sulpiride. *Journal britannique de psychiatrie*, 144 (3), 288-292. doi:10.1192/bjp.144.3.288

¹⁹⁴ Shankland, R. (2020). *Les troubles du comportement alimentaire. Prévention et accompagnement thérapeutique*. Paris : Dunod p.58

¹⁹⁵ Shankland, R. (2020). Chapitre 2. Facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection. Dans : , R. Shankland, *Les troubles du comportement alimentaire: Prévention et accompagnement thérapeutique* (pp. 47-81). Paris: Dunod.

¹⁹⁶ Corcos, M. (2010). *Le corps insoumis*. Paris : Dunod. p. 25

¹⁹⁷ Simon, Y., Nef, F. (2002). *Comment sortir de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob

¹⁹⁸ Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Baines J. (2017). Food matters: how the microbiome and gut-brain interaction might impact the development and course of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

¹⁹⁹ Gorwood, P. (2015). News insights in anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*

abordée, il semble en effet impossible de penser séparément les facteurs physiologiques et psychologiques, eux même toujours en étroite relation avec un ensemble de facteurs historiques, sociétaux, familiaux et environnementaux. Insistons alors sur la prise en compte du caractère étiopathogénique polyfactoriel de l'AM, afin que personne ne s'enferme dans le piège de la causalité linéaire et univoque.

Au-delà des conséquences endocriniennes, l'AM pourrait se caractériser par un ensemble de troubles neurocognitifs tel que le « trouble du déficit de la régulation émotionnelle ». En effet, des chercheurs comme G.F.M. Russel ont montré que la quête de la maigreur pourrait être associée une « difficulté de gestion des charges émotionnelles »²⁰⁰. Le déficit de la régulation émotionnelle interviendrait selon F. Connan dans le « développement » et surtout le « maintien »²⁰¹ de l'AM.

Des recherches en psychologie cognitive relatent également que les patientes anorexiques seraient plus enclines aux stratégies d'évitement face au danger. Dans une étude de 2006, U. Schmidt observe notamment que les patientes anorexiques remplissent « l'ensemble des critères diagnostiques de la personnalité évitante »²⁰².

Il est intéressant de noter qu'une étude menée par J. Geller et ses collaborateurs a démontré que ce sont avant tout « les relations intimes »²⁰³ qui seraient évitées chez les patientes souffrant d'anorexie. L'évitement des relations sexuelles seraient ainsi privilégié pour s'éviter une confrontation faces à des situations dans lesquelles la charge émotionnelle pourrait être trop intense. Le maintien de la restriction alimentaire serait alors pour ces chercheurs une façon d'« éviter » les « états émotionnels négatifs ».

D. Rommel et J.L Nandrino soutiennent en tout cas l'idée que les déficits cognitivo-émotionnels pourraient maintenir le processus anorexique au-delà de le déclencher. Il seraient de plus « prédicteurs d'une plus grande difficulté dans l'adhérence au soin et d'un pronostic plus réservé quant aux chances de guérison »²⁰⁴.

Pour terminer, il nous semble incontournable d'approcher la notion de « perturbation émotionnelle » au regard de la dimension alexithymique. Si l'alexithymie reste un concept très lié à la psychosomatique, les sciences cognitives en fond un concept central lorsqu'il s'agit d'approcher la problématique des dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale. Le terme fut inventé par le psychiatre américain d'origine grecque P.E. Sifneos. Il définit littéralement l'alexithymie comme une l'absence de mot pour les émotions (« a » privatif en grec ; « lexis » : mots ; « thymos » : humeur, émotions) et souligne quatre points caractéristiques du sujet alexithymique : « incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments ; la limitation de la vie imaginaire (absence de rêves, fantasmes, rêveries) ; la tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre

²⁰⁰ Russel, G.F.M. (1995). *Anorexia nervosa through time*. London : Wiley p. 5

²⁰¹ Connan, F. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 79(1), 13-24.

²⁰² Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia Nervosa : Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its its implications for research and practice. *The british journal of clinical psychology / the British Psychological Society* , 45(Pt3), 343-366

²⁰³ Geller, J. (2000). Inhibited expression of negative émotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19

²⁰⁴ Rommel, D. & Nandrino, J. (2015). Chapitre 4. Processus émotionnel et trouble de la régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 117-151). Paris: Dunod. p. 139

les conflits ; la description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques »²⁰⁵.

Les études quantitatives envisagent l'alexithymie au regard du déficit émotionnel « au détriment des études qualitatives »²⁰⁶. Mais au-delà du déficit, peut être pourrions-nous envisager, comme un certain nombre d'auteurs, l'Alexithymie comme un processus adaptatif voire défensif ? En effet, quel circuit serait vraiment endommagé dans l'AM ? Le circuit cognitif ou le circuit affectif ? Nous tenterons d'y répondre dans le Chapitre 3.

1.4 Problématiques corporelles et risque vital

1.4.1 Le corps anorexique ou le fantôme giacomettique

La psychologie psychiatrique a toujours tenté de percer le « mystère » anorexique, le mystère du *paradoxe existentiel*. Nous l'avons vu, l'AM est d'abord passée par la case « Hystérique » avant d'être perçue comme un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Et s'il n'est aujourd'hui plus coutume de parler de « cachexie psycho-endocrinienne de la puberté »²⁰⁷, les troubles endocriniens sont cependant bien réels, nous l'avons vu. Il n'est jamais exclu que l'amaigrissement soudain et rapide soit lié à un trouble physiopathologique mais pourrait-on encore parler d'une régression « biologique rétablissant le fonctionnement hypothalamo-hypophysaire antépubertaire »²⁰⁸ ?

La restriction alimentaire cause de nombreuses perturbations physiologiques et les troubles du métabolisme énergétique ne sont pas rares. En effet, le système immunitaire et le système endocrinien sont sérieusement altérés, notamment lorsque l'anorexie se chronicise. La perte de poids rapide n'est en effet pas sans conséquence, loin de là. Très vite apparaissent des complications cardiaques, digestives, osseuses, neurobiologiques et rénales. Mais au-delà de la gravité potentiellement mortelle, la jeune fille anorexique est traversée par une immense souffrance physique, véritable *catastrophe esthétique*, au sens philosophique du terme, qui nous permet d'entrevoir sensiblement toute la douleur qui l'accable à travers un corps meurtri par la dénutrition :

Non loin de nous rappeler les silhouettes filiformes de Giacometti, le « corps anorexique » se défile anarchiquement au destin de la vie. Souvent squelettique, il laisse apparaître un relief osseux causé par la fonte des tissus adipeux et musculaires. Il se dissimule, cherche à disparaître, mais trahi par son ombre, il ne peut se délecter de sa douleur et de sa faiblesse. Les yeux, enfoncés dans le fond des cavités orbitaires, lancent un regard tristement apeuré. Il appelle à l'aide, c'est indéniable, mais le peu de souffle timidement inspiré semble réservé aux seules fonctions respiratoires inhérentes à la survie. La voix coupée, incapable de s'extasier, cet objet sans âme interpelle pourtant tous ceux qui prendraient le temps de l'observer. Des œdèmes liés à une rétention hydrosodée

²⁰⁵ Sifneos, P.E. (1972). The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic. In Topics of psychosomatic research. Bâle, Suisse : Karger

²⁰⁶ Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12, 193-209.

²⁰⁷ Brusset, B. (1998). Psychopathologie de l'anorexie mentale. Paris : Dunod p.52

²⁰⁸ Ibid., p. 53

s'invitent sur les membres inférieurs. Les mains et les pieds sont le théâtre d'une acrocyanose. La peau séchée, ichtyosique et crevassée, est parfois pigmentée d'un léger jaune/orangé qui lui redonne malgré tout quelques couleurs. Mais camouflé par un épais lanugo qui recouvre l'ensemble du décor, son teint juvénile disparaît derrière un voile austère dominé par de trop grandes carences oestrogéniques. Et même si les dents ne se déchaussent pas tout le temps, les ongles eux, se cassent et se strient. Les cheveux, secs et fragilisés, perdent de leur ampleur et tombent abondamment, laissant certaines zones du crâne apparentes. Telle une terrible régression infantile, le « corps anorexique », attaqué à l'intérieur comme à l'extérieur, chante son chagrin sans larme dans un récital tout aussi obscur que blafard.

Nous devons cette comparaison aux *Figures Giacomettiques* à V. Marinov qui dans un récent article souligne une certaine « affinité de style » entre le corps anorexique et le corps de statues filiformes du sculpteur suisse. Selon l'auteur, ces deux corps posséderaient en effet une « parenté stylistique » qui s'organiseraient autour d'une violence certaine dirigée vers le corps féminin, violence tout aussi paradoxale que fantasmatique. Il écrit :

« La femme de Giacometti est rabaissée, violée, égorgée, bestialisée mais parfois, en même temps, idéalisée, spiritualisée à l'extrême... Elle est trop proche et trop lointaine, elle est tellurique et fantomatique, elle est charnelle et extraterrestre, elle est fertile et toujours menacée par la stérilité... »²⁰⁹.

De plus, le corps anorexique, véritable fantôme giacomettique, serait pour B. Brusset une « défiguration du corps féminin »²¹⁰. En lutte contre les « sensations corporelles insupportables »²¹¹ la jeune adolescente exposerait par sa maigreur tout son « refus du corps féminin »²¹².

Pour E. Bidaud, le corps de l'anorexie serait un « corps de jouissance », que l'auteur oppose au « corps de plaisir », un corps sur lequel les zones érogènes seraient effacées, c'est-à-dire, « un corps comme fondamentalement défaillant dans son organisation érogène »²¹³. De ce fait, E. Bidaud rejoint V. Marinov et B. Brusset, et défend l'idée que le corps anorexique devient un « corps sans rien » qui par conséquent, ne peut devenir un objet de désir, autant pour l'adolescente que pour autrui. Le corps anorexique ne serait plus par conséquent l'avatar du clivage entre « le corps organique » et « le corps érogène », mais un corps délié tout-aussi immonde qu'hors du monde, un corps ni organique, ni érogène, un corps avec lequel « le sujet n' a pas de limite »²¹⁴...

Aborder la question du corps lorsque nous parlons d'anorexie mentale semble relever d'une certaine évidence, nous venons de le voir avec E. Bidaud. Mais de quel corps

²⁰⁹ Marinov, V. (2011). L'étrange féminité anorexique de Giacometti. Dans : Patricia Attigui éd., *L'art et le soin: Cliniques actuelles - Peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature* (pp. 55-75). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

²¹⁰ Brusset, B. (2017). L'anorexique et son corps. *Revue française de psychosomatique*, 51, 71-84.

²¹¹ Ibid.

²¹² Brusset, B. (2005). Ibid.

²¹³ Bidaud, E. (2001). Le corps de l'anorexique ou l'« effacement des zones érogènes ». Dans : Serge Lesourd éd., *Le féminin : un concept adolescent* (pp. 91-102). Toulouse: Érès. p.95

²¹⁴ Ibid., p.102

pouvons-nous parler ? Ne serait-il pas avant tout nécessaire de poser un distinguo entre le corps *en biologie* et *en psychanalyse*, relevant du *somatique* et du *symbolique* ? Mais parler du corps en psychanalyse serait comme le dirait E. Bidaud, « poser la question du déterminisme érogène »²¹⁵ ? L'hypothèse de C. Dejours d'un *corps érotique* issu d'une relation intersubjective nous semble propice pour ouvrir le champ du *corps* au-delà des théories freudiennes qui soutiennent l'idée d'un appareil psychique génétique issu de façon inné du corps biologique, nous y reviendrons. Une théorie sur le corps pourrait effectivement se penser en psychanalyse au-delà des concepts sur *l'image du corps* (F. Dolto, M. Mahler...) ou du *moi-peau* (D. Anzieu).

Les apports théoriques de la phénoménologie nous permettent de poser un important constat théorique : l'éprouvé corporel est impossible pour la jeune fille anorexique et par conséquent, une déstabilisation de son ancrage corporel est observée. De plus, J. Englebert souligne (à la suite de travaux H.A. Bowden²¹⁶) qu'il y aurait chez les sujets anorexiques « un déséquilibre entre le corps-sujet-percevant et le corps-objet-perçu »²¹⁷. Écartant l'hypothèse du symptôme alimentaire pour jouir de l'idéal de minceur, la phénoménologie soutient l'idée que l'Anorexique présenterait un « trouble de l'expérience corporelle » et serait ainsi coupé d'un ensemble de sensations nécessaires pour « habiter son corps ». Par conséquent, elle ne « serait pas son corps » et de façon violente, « ne serait qu'imparfaitement « dedans » »²¹⁸.

Dans une perspective phénoménologique et féministe, la philosophe C. Pelluchon²¹⁹ balaye elle aussi l'idée d'une quête d'un idéal de minceur dans les conduites anorexiques mais souligne la problématique fondée sur la dualité du corps et de l'esprit si caractéristique de notre monde hypermoderne, problématique qui se reflète dans les représentations sociales du corps et de l'apparence.

Le point de vue phénoménologique, qui peut se rapprocher de celui de C. Dejours (nous en reparlerons dans le chapitre 2), vient interroger la dialectique corps/esprit, et pose le principe de l'immanence du corps. Cette notion vient ici dicter le fait que le corps est toujours présent à l'individu et que c'est par lui que le sujet vit et se représente le monde qui l'entoure. M. Merleau-Ponty à travers son ouvrage *La phénoménologie de la perception*, a utilisé la notion de *corps propre* qu'il situe à la frontière du monde et à la subjectivité de l'ego. Le corps propre serait le « médiateur de l'individu » assurant la communication et la relation au monde extérieur comme « un véhicule de l'être du monde »²²⁰. Ne serait-ce donc pas le *corps propre* que l'adolescente anorexique tenterait d'anéantir afin de se protéger de toute forme de relation objectale et ainsi, comme le soutient A. Brunswick, venir au « secours de l'effraction sexuelle »²²¹ ?

²¹⁵ Ibid., p.91

²¹⁶ Englebert, J. (2015). Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique, *Annales Médico psychologiques*, revue psychiatrique, Volume 173, Issue 8, 2015, Pages 659-664, ISSN 0003-4487,

²¹⁷ Bowden, H. A (2012). Phenomenological study of anorexia nervosa. *Philos Psychiatry Psychol* 2012;19(3):227-41.

²¹⁸ Englebert, J. Ibid.

²¹⁹ Pelluchon, C. (2015). Approche de l'anorexie au carrefour de la phénoménologie et du féminisme. *IJFAB : Journal international des approches féministes de la bioéthique* 8 (2), 70-85.

²²⁰ Merleau-Ponty, M. (1945). *La phénoménologie de la perception*

²²¹ Brunswick, A. (2019). L'anorexie mentale au secours de l'effraction sexuelle. In *La sexualité interdite. Séminaire de l'Association de psychologues cliniciens d'orientation freudienne*

La jeune fille anorexique serait donc incapable de s'approprier son corps et se défilerait silencieusement au destin de la vie. Le corps érotique réprimé ne pourrait s'étayer sur un corps biologique attaqué et par conséquent, en très mauvaise santé. Quoique l'on puisse en dire, ce corps si maigre défie incontestablement l'instinct d'autoconservation. En effet, « la destructivité interne du noyau anorexique va jusqu'à mettre en cause les pulsions d'autoconservation »²²². Pourtant, selon H. Bruch, la guérison de l'AM ne pourrait que résider dans une « réconciliation »²²³ entre les phénomènes somatiques et psychiques.

Notons pour terminer que l'hypothèse cartésienne d'une séparation entre le corps et l'esprit ne pourrait se valider dans ce travail. En effet, comme le décrit C. Dejours, les « maladies mentales » ne doivent pas se définir sous le seul regard de l'esprit car « les maladies mentales sont toujours en même temps des maladies du corps, et les maladies du corps seraient toujours en même temps des maladies mentales. Ou si l'on préfère une autre formulation : toutes les maladies seraient toujours simultanément mentale et somatique »²²⁴.

1.4.2 Regard sur les troubles somatiques et biologiques associés

Les troubles de l'appareil cardiovasculaire sont probablement les plus connus au-delà d'être malheureusement les plus dangereux. En effet, si le taux de mortalité est très élevé dans l'anorexie mentale, on oublie qu'au-delà du suicide, les décès apparaissent souvent suite aux souffrances myocardes causées par le manque d'alimentation en oxygène du cœur²²⁵. En effet, dans une grande majorité des cas, la bradycardie est constatée et la tension artérielle diminuée.

Les problèmes digestifs sont également fréquents, causant des ralentissements du transit et des constipations importantes. Des fécalomes au niveau du sigmoïde peuvent apparaître au-delà des retards au niveau de la vidange gastrique. S'il est souvent question dans l'anorexie d'une problématique relevant de l'oralité, la dimension anale, au sens digestif du terme, pourrait nous renvoyer « aux théories sexuelles infantiles anales »²²⁶. En effet, le plaisir de la rétention/éjection est en effet quelque chose de souvent abordé par les patientes anorexiques.

²²² Vermorel, H. & Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1537-1549.

²²³ Bruch, H. (1977). *Ibid.*, p.160

²²⁴ Dejours, C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps : répression et subversion en psychosomatique*. Paris : Payot p. 154

²²⁵ Estour, B., Germain, N., Diconne, E., Frere, D., Cottet-Emard, J-M., Carrot, G., Lang, F., Galusca, B. (2010). Hormonal Profile Heterogeneity and Short-Term Physical Risk in Restrictive Anorexia Nervosa. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 95. 2203-10. 10.1210/jc.2009-2608.

²²⁶ Nicolas, I. (2017). Jeune fille souffrant d'anorexie mentale : quand le féminin et le maternel se confondent. *Le Carnet PSY*, 212, 31-36.

Les complications osseuses sont fréquentes et malheureusement parfois irréversibles. L'ostéoporose étant la conséquence à long terme, l'ostéopénie est rapidement présente dans l'histoire de la maladie et peut provoquer un « retard de croissance important »²²⁷. En effet, 50%²²⁸ des patientes présentent une ostéoporose. Cependant les premières années de maladie sont partiellement réversibles. Il est donc nécessaire de prendre en considération l'âge de la patiente. Il est important d'évaluer la capacité de restauration de la densité osseuse provoquée par l'ostéopénie qui peut entraîner des fractures importantes, et même avant l'âge adulte²²⁹.

Au-delà de l'aménorrhée, c'est un ensemble de troubles gynécologiques qui peuvent émerger dans l'anorexie mentale (trophicité vaginale, infertilité...). Mais l'évolution de ces complications dépendent à la fois de la durée de la maladie et de l'âge de début précoce, de l'intensité des symptômes et de facteurs psychologiques²³⁰. Et si l'infertilité est fréquemment évoquée par les patients comme par les parents (inquiétude qui relève parfois du fantasme), la dimension psychogène ne doit pas être évitée au profit de sa composante organique. En effet, la répression du sexuel entraîne des difficultés de fécondité. Certaines adolescentes se feront alors prescrire un traitement hormonal pour que le cycle menstruel reprenne (sous la pression des parents ou des médecins somaticiens qui s'inquiètent légitimement sur les conséquences organiques que l'aménorrhée produit)²³¹.

La neuropsychologie constate que « les capacités cognitives diminuent »²³² en fonction de l'amaigrissement. Si certaines arrivent à tenir la cadence de leur programme scolaire malgré un très faible IMC, d'autres semblent ne plus pouvoir se servir normalement de leurs capacités intellectuelles. Heureusement réversibles, les complications neurobiologiques restent cependant fréquentes. Plus l'IMC est bas et plus le volume des ventricules cérébraux et de la substance grise est bas. On peut alors parler d'apathie ou de « diminution des capacités mnésiques »²³³.

Au-delà de cette longue liste s'ajoutent les complications rénales²³⁴. En effet, l'insuffisance rénale fonctionnelle est fréquemment la conséquence d'une dénutrition à long terme (présente dans 30% des cas²³⁵), notamment dans les cas de vomissement chronique ou lors de consommation de laxatifs et de diurétiques. Nous l'aurons compris, l'anorexie mentale peut à terme s'avérer potentiellement très grave. Il faut malgré tout

²²⁷ Fjellestad-Paulsen, A., Bargiacchi, A., Doyen, C., C. Raverdy, C., Carel, J-C., Le Heuzey, M-F. J. Léger, J. (2015). Anorexie mentale de l'enfant : efficacité du traitement par l'hormone de croissance dans les formes avec atteinte sévère de la croissance, *Annales d'Endocrinologie*, Volume 76, Issue 4, 2015, Page 351, ISSN 0003-4266

²²⁸ Mitchell, J.E, Crow, S.(2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.

²²⁹ Trombetti, A., Richert, L., Rizzoli, R. (2007), Anorexie mentale et ses conséquences osseuses : une prise en charge difficile, *Rev Med Suisse*, -7, no. 115, 1502–1505.

²³⁰ Mitchell, J.E, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.

²³¹ Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob p.58

²³² Tric, L., Agman, G., Tran, D., Godart, N., Benmansour, E-L., Lamer, C. (2004). Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation, *Réanimation*, Volume 13, Issues 6–7, 2004, Pages 407-416, ISSN 1624-069

²³³ Ibid.

²³⁴ Rigaud, D. (2007). Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. In *Nutrition Clinique et Métabolisme* Volume 21, Numéro 4 , Décembre 2007 , Pages 159-165

²³⁵ HAS. (2010). Anorexie mentale : prise en charge.

noter qu'une grande moitié des adolescentes soignées guériront sans trop de « difficultés », lorsqu'un bon tiers verra son état nettement amélioré (certains symptômes persisteront mais pourront s'associer à l'équilibre nécessaire de la vie). 21%²³⁶ de ces adolescentes souffriront de troubles chroniques et 5%²³⁷ de ces dernières en mourront. La mortalité reste principalement liée aux complications somatiques évoquées ci-dessus (dans la moitié des cas l'arrêt cardiaque) mais un tiers des cas est causé par le suicide. C'est en ce sens que le repérage des troubles doit se faire le plus précocement possible. Il favorise considérablement le pronostic de guérison quand il réduit celui de la chronicité.

1.5 L'Anorexie mentale, une clinique au féminin

1.5.1 La femme dans le piège mythologique

1.5.1.1 Le mythe et l'inconscient

Ce qui est abordé par la psychanalyse renvoie inexorablement, de près ou de loin, à l'ingénieuse pensée freudienne. Et si ce dernier n'a jamais consacré d'ouvrage aux troubles des conduites alimentaires, on peut se demander ce qu'il aurait pu en dire (pour rappel, S. Freud compare en 1895 dans le « manuscrit G »²³⁸ la névrose alimentaire dit anorexique à la mélancolie. En 1899²³⁹ dans une autre correspondance avec Fliess, il fait glisser l'anorexie du côté de l'hystérie, nous en avons parlé). L'aurait-il abordé selon un mythe comme il aimait souvent le faire ? Aurait-il choisi pour la figure d'Antigone, « femme qui défie l'ordre établi »²⁴⁰ pour illustrer son récit ? L'idée est plaisante, car au regard du populaire complexe d'Œdipe qui trouve son origine dans le mythe de Sophocle, se plonger dans les contes de notre civilisation semble indispensable pour comprendre la problématique que pose la féminité et le féminin dans le trouble de l'anorexie mentale...

Loin de faire dans ce travail l'exégèse des textes mythologiques. Cependant, on ne peut contester l'idée selon laquelle les récits mythiques « représentent une partie de notre inconscient avec ses désirs non assouvis relégués dans une zone inatteignable par le commun des mortels »²⁴¹. Ainsi, le mythe se retrouve à la frontière du dedans et du dehors, du réel et du rêve, et peut donc implicitement apporter tout un lot d'explications sur nos croyances originelles et culturelles. Selon M. Descamps, un mythe reste avant tout « la vérité à l'origine du temps et du peuple »²⁴². Mais rappelons que « ce sont les hommes

²³⁶ Ibid.

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Freud, S. (1895). Lettre 52. Manuscrit G. Mélancolie. *in* Lettres à Wilhem Fliess : 1887-1904. Paris : Puf

²³⁹ Freud, S. (1895). 9-12-1899. *in* Lettres à Wilhem Fliess : 1887-1904. Paris : Puf

²⁴⁰ Raimbault, G. Eliacheffe, C. (1996). *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Odile Jacob p. 111

²⁴¹ Pigott, C. (2002). Le mythe et l'inconscient: Étude psychanalytique et topique originaire. *Imaginaire & Inconscient*, n°<sup> 7), 25-38.

²⁴² Descamps, M. (2002). Lilith ou la permanence d'un mythe. *Imaginaire & Inconscient*, no<sup> 7), 77-86. <https://doi.org/10.3917/imin.007.0077>

qui pensent les mythes et non les mythes qui se pensent entre eux à travers les hommes»
243.

Depuis S. Freud (dans *Totem et Tabou*), C. G. Jung (et son concept « d'archétype ») et O. Rank (qui publie en 1912 *Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sageun*, ouvrage non traduit en français), la psychanalyse considère le mythe comme l'héritage imaginaire qui nous pénètre insidieusement et qui répond partiellement aux questions existentielles de l'origine des choses. Récit de la genèse ontologique et des commencements, il serait l'histoire qui permet de contourner la censure, d'accepter de nouvelles idoles et de refuser la réalité au profit de l'illusion. Écrit donc par l'homme et pour les Hommes, le mythe serait en effet le contenant de nos projections fantasmatisques les plus obscures.

Pourtant hostile aux mythes religieux qu'il trouvait au départ scandaleux car, indûment toujours porteurs de vérité moralisatrice, S. Freud écrira en 1927 dans *L'avenir d'une illusion* : « Nous remarquons maintenant que le trésor des représentations religieuses contient non seulement des accomplissements de souhaits, mais aussi des réminiscences historiques significatives »²⁴⁴.

S. Freud constituera en effet tout le socle de sa psychanalyse à travers l'étude de la mythologie. Selon D. Anzieu, cela l'aidera à « comprendre certains processus inconscients »²⁴⁵. Pourtant loin d'être un expert en matière de philologie et de littérature grecque (ce qui lui vaudra quelques critiques de la part des Hellénistes²⁴⁶), S. Freud est séduit par le mythe dans lequel il découvre l'origine des états les plus primitifs de l'individu. Au départ de ses travaux (*L'interprétation des rêves* en 1900), S. Freud se réfère à la mythologie pour élaborer sa théorie de l'inconscient avant de lui-même, être à l'origine d'un récit mythique. En effet, en 1913, dans *Totem et Tabou*, S. Freud écrit le mythe de la horde primitive, du meurtre du père et du repas cannibalique, véritable récit fondateur d'une nouvelle organisation sociale et morale. Le mythe reste pour S. Freud et restera jusqu'à la fin de sa vie le fil rouge de sa pensée psychodynamique de la vie collective. En 1939, S. Freud se penchera même sur la genèse de sa religion à laquelle il accorde une « vérité historique »²⁴⁷. Même s'il réfute une « vérité matérielle », il fera du mythe une structure de l'ordre social et un indicateur des lois symboliques de l'organisation psychique. C'est donc en ce sens que les mythes Judéo-Chrétiens ont fourni et fourniront encore les fantasmes sous-jacents et structurants de notre monde occidental, ancien comme moderne.

Pour S. Freud, le mythe posséderait une fonction « endopsychique »²⁴⁸. De ce fait, le sujet humain ressentirait au plus profond de son appareil psychique une « obscure

²⁴³ Godelier, M. (2005). « Freud et Lévi-Strauss désarçonnés : À propos de l'inceste ». In F. Richard, F. Urribarri, (sous la direction de), *Autour de l'œuvre d'André Green : enjeux pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : Puf. p. 245-257.

²⁴⁴ Freud, S. (1927). *L'avenir d'une illusion*. Paris : Puf p.183

²⁴⁵ Anzieu, D. (2009). Chapitre 2 - Freud et la mythologie: 1970. Dans : , D. Anzieu, *Le travail de l'Inconscient* (pp. 72-112). Paris: Dunod.

²⁴⁶ Giovannangeli, D. (2001). 2. Psychanalystes et hellénistes : Œdipe au cœur de la controverse. Dans : D. Giovannangeli, *Métamorphoses d'Œdipe: Un conflit d'interprétations* (pp. 21-52). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

²⁴⁷ Cohen-Halimi, M. (2014). *Moïse et l'idée de peuple. La vérité historique selon Freud* de Bruno KARSENTI, Paris, Cerf, 2012, 229 p.. *Revue de métaphysique et de morale*, 82, 273-287.

²⁴⁸ Freud, S. (1901). *Psychologie de la vie quotidienne* (éd 1969). Paris : Payot

perception interne »²⁴⁹ qui se retrouverait naturellement projetée au dehors. Ainsi, toutes les représentations logées dans notre psyché ne seraient que le fruit d'une « psycho-mythologie »²⁵⁰. D. Anzieu ajoute à ce propos : « Pour Freud, les mythes parlent aux hommes non pas du monde extérieur mais du monde intérieur, non pas de la réalité mais des fantasmes, ainsi que des désirs et des angoisses qui y sont liés... »²⁵¹. Autrement dit, S. Freud fait du mythe l'essence même de l'inconscient, l'objet des origines. Le mythe lui permet en effet d'élaborer l'architecture du noyau de l'inconscient, tel une structure endogène, issue du refoulement originaire.

Cependant, l'originaire est selon J. Laplanche « quelque chose qui transcende le temps mais qui reste en même temps lié au temps »²⁵². De ce fait, J. Laplanche suppose que S. Freud se fourvoie avec son idée de phylogénétique qui implique l'existence d'un inconscient inné. Effectivement, les fantasmes originaires doivent se comprendre pour J. Laplanche dans une dimension culturelle (intersubjective) et non héréditaire, mais nous en reparlerons dans le prochain chapitre. Retenons pour l'instant que selon J. Laplanche, l'inconscient et la sexualité ne sont pas innés. Ceci étant, les théories de J. Laplanche ne contredisent ni l'influence du biologique sur la sexualité, ni l'influence des mythes sur nos difficultés à traduire les messages énigmatiques. Il critique simplement l'idée freudienne que l'être humain naîtrait « spirituellement coupable »²⁵³.

1.5.1.2 La place de la sexualité féminine dans les mythes

Les mythes transformeraient-ils alors les concepts imaginaires et poétiques en une réalité à laquelle il serait impossible d'échapper ? Au regard des écrits psychanalytiques, il semblerait qu'ils puissent jouer un rôle dans la formation de nos fantasmes culturels. Fidèle ou non aux enseignements liturgiques, il n'est en effet pas rare d'échapper à l'histoire d'*Eve*, responsable du péché originel qui plonge iconiquement les femmes à l'écart du savoir. Le moyen âge en a fait un démon, la responsable du malheur des hommes. Pour les récits bibliques, Eve est une femme qui part à la quête du plaisir (qui veut combattre « l'ennui » d'Adam), et se refuse ainsi à son destin : procréer et perpétuer l'espèce. J. André nous le rappelle : « Avant Eve était Iahvé « multipliez-vous ». Après Eve, il y aura Marie « abstenez-vous » ! »²⁵⁴. Marie, mère du Christ et vierge par-dessus tout. Le couple Eve et Marie serait ainsi devenu le mythe sur lequel le cynisme et le mépris des jouissances féminines pourraient se justifier. Mais lorsque certains sont oubliés voire méconnus, d'autres tiennent lieu de vérité absolue. En effet véritables objets de culture, ils s'imposent sur les rives de la tradition comme les archétypes fondateurs des inconscients collectifs et offrent gracieusement aux hommes et aux femmes les outils de traduction à l'inconfortable non-sens. Ils contaminent, de génération en génération, la transmission des représentations mentales et collectives inhérentes au maintien des

²⁴⁹ Ibid., p. 18

²⁵⁰ Delmas, P. (2019). *Petit traité de psycho-mythologie, ou le pouvoir évolutif du mythe*. Paris : Harmattan

²⁵¹ Anzieu, D. (2000). *Psychanalyser*. Paris : Dunod p.50

²⁵² Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Puf p. 61

²⁵³ Laplanche, J. (1998). *La psychanalyse : mythes et théorie..* Revue française de psychanalyse, no<(sup> 62), 871-888..

²⁵⁴ André, J. (2009). *Folies de Femmes*. Paris : Puf p.19

civilisations dites éveillées, sur lesquelles se bâtissent nos croyances culturelles et nos *habitus*. Aucune institution n'est épargnée, du mariage à la famille, du couple à l'orthodoxie. Ainsi, le « dogme du péché originel » révèle depuis deux mille ans à chaque nouvelle génération les origines du bien et du mal pendant que le mythe de la Sainte vierge impute tout simplement à l'imgo maternel sa jouissance sexuelle. Tirésias, « mythe évoquant une plus grande intensité de la jouissance sexuelle chez la femme »²⁵⁵ est quant à lui tout simplement renvoyé aux archives des mythes oubliés, peut-être même refoulés... De ce fait, c'est bien « le masculin de l'homme, antagoniste et phallique, qui crée le féminin de la femme en lui arrachant ses défenses, et la jouissance sexuelle »²⁵⁶.

Chaque culture s'applique donc à inventer et à justifier ses histoires originales « afin de répondre aux énigmes cachées dans la fantasmagorie originelle ; énigmes qui toutes, renvoient à la différenciation sexuelle, à l'acceptation de la castration et par voie de conséquence, au partage des pouvoirs et aux règles d'échanges des femmes »²⁵⁷.

S. Freud a défendu l'hypothèse d'une mémoire phylogénétique après son virage important de 1897. D'abord dans *Totem et Tabou*²⁵⁸ puis dans *Malaise dans la civilisation*²⁵⁹, il défend l'idée qu'il existerait dans les inconscients une continuité de la vie psychique dans laquelle des souvenirs de l'espèce seraient conservés. Le nouveau-né, pourtant dépourvu de toute culture, arriverait donc au monde avec en lui, des dépôts historiques illustrés par les fantasmes originaires. Dans son célèbre mythe des origines, S. Freud fait un clin d'œil à la profonde nature conservatrice des dogmes religieux en oubliant, volontairement ou non, d'inviter la femme à participer au meurtre du père de la horde primitive. En effet, tout est une histoire de fils qui, en tuant le père, constitueront l'ordre du monde. Ils y gagneront par la même occasion, le partage du pouvoir et la distribution des femmes. En ce sens, F. Couchard écrit : « De ne pas avoir participé au meurtre originelle, fondateur de la Culture, les femmes se trouveront en permanence reléguées à la lisière de la Nature, sommées de se taire, ou, si elles parlent, jaugées à l'aune de la parole masculine, risquant de ne proférer alors que de l'inintelligible et de l'inintelligent »²⁶⁰.

Alors pourquoi toujours parler de l'anorexie mentale au féminin ? Telle était la question. Peut-être parce que les représentations du féminin n'ont pas beaucoup évolué depuis 2000 ans et que l'énigme de la différence des sexes anime toujours autant les intrigues collectives ? Nos projections fantasmagoriques sur la sexualité féminine auraient-elles alors un rapport avec ce que S. Freud nommait *le refus du féminin* ? Le féminin pourrait de ce fait se penser comme un objet d'analyse de certaines problématiques psychopathologiques ? J. André confie dans un entretien accordé à A. Braconnier :

« Le féminin n'est pas seulement un objet spécifique de la théorie psychanalytique, il a aussi une valeur analysante, notamment pour tout ce qui touche à la question de l'intrusion (voire de la persécution). Quand on pense à

²⁵⁵ Proia, S. & Chouvier, B. (2008). De Tirésias au refus du féminin. *Dialogue*, 2(2), 111-123.

²⁵⁶ Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin*. Paris : Puf p. 36

²⁵⁷ Couchard, F. (2004). *Le fantasme de séduction dans la culture musulmane*: Paris : Puf p.15

²⁵⁸ Freud, S. (1912). *Totem et Tabou*. Paris : Payot

²⁵⁹ Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Puf

²⁶⁰ Couchard, F. Ibid p. 20

l'anorexie, pathologie aussi violente que typiquement féminine, et qui n'a pas son symétrique chez le garçon, on ne peut que s'interroger sur ce qu'il y a de spécifiquement violent, sauvage au cœur de la féminité »²⁶¹.

D'un Tirésias refoulé à une vierge Marie encensée, il semble que ce soit la sexualité féminine qui soit disqualifiée et sa jouissance excisée, relayée dans l'antichambre de la honte et du secret (« secret de polichinelle »²⁶² comme l'écrit F. Couchard). L'anthropologue N. Loraux soutient en tout cas l'idée que « toute une construction idéologique tend très officiellement, dans les cités, à prouver que la jouissance sexuelle est de droit le lot des mâles, les femmes vouées à enfanter et à s'y préparer, devant se contenter de la part soigneusement limitée que, dans le mariage, l'austère Héra concède du bout des lèvres à Aphrodite »²⁶³. Héra justement, bourreau de Tirésias, horrifiée par l'idée que le secret sur la jouissance féminine ait été révélé. Pour rappel, Tirésias, seul individu à avoir vécu l'expérience des deux sexes, trancha sans complexe le débat entre Zeus et sa femme (et sa sœur par la même occasion) en qualifiant la jouissance sexuelle du féminin neuf fois supérieure à celle de l'homme. Mais la révélation de Tirésias déclencha la colère de l'austère Héra, gardienne et protectrice du mariage et des couples, déesse olympienne de la fécondité et des femmes enceintes. « Plus offensée qu'il ne convenait de l'être pour un sujet aussi léger, condamna les yeux de son juge à des ténèbres éternels »²⁶⁴. La démesure de sa colère ravive en tout cas les questions autour du secret que convoque l'énigme de la différence des sexes. Parce que le secret est trahi, Héra frappa Tirésias du châtement de cécité, le même que celui que le célèbre Œdipe s'infligera.

Nous pouvons donc supposer que le mythe de Tirésias fut délaissé par S. Freud pour que l'inégalité de la jouissance sexuelle soit inconsciemment gardée sous silence. En effet, au regard de l'histoire, « la femme dangereuse »²⁶⁵, incapable de maîtriser ses désirs, semblerait furtivement capable d'entraîner l'homme dans sa terrible chute marquée par l'excès. Là où, certain de son pouvoir, il serait maître de sa domination, la femme règnerait en secret, telle une sorcière empoisonneuse, conspiratrice d'un jour, manipulatrice pour toujours. Les jeunes adolescentes anorexiques seraient-elles alors terrorisées à l'idée d'avoir envie de faire l'expérience d'un certain plaisir soi-disant secret et proscrit ? Et si Tirésias disait vrai ? Les aristotéliens du moyen-âge étaient pour le coup persuadés que la satiété sexuelle chez la femme ne pouvait exister. Ils écrivaient à ce propos : « l'excès d'humidité dans le corps de la femme lui donne une capacité illimitée de l'acte sexuel »²⁶⁶. La jeune fille anorexique lutterait-elle pour se protéger de son potentiel organique destructeur et sans limite ? Ou s'éviterait elle de jouir pour se soustraire à la violence des hommes ?

Lors d'un colloque sur la « Jouissance Féminine », G. Poletti raconte qu'une expérience américaine en 2015 aurait révélé que l'orgasme féminin provoquerait un « court-circuit » dans l'encéphale de la femme. Mythe ou réalité (ladite expérience n'a pas

²⁶¹ Braconnier, A. (2010). Entretien avec Jacques André. *Le Carnet PSY*, 145, 31-39.

²⁶² Couchard, F. (2004). *Le fantasme de séduction dans la culture musulmane*: Paris : Puf p.16

²⁶³ Loraux, N.(1989). *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*. Paris, Gallimard

²⁶⁴ Ovide, livre III, vers 316-338

²⁶⁵ André, J. (2022). *La femme dangereuse*. Dans : Jacques André éd., *La sexualité masculine* (pp. 37-39). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. p.37

²⁶⁶ André, J. (2019). *La vie sexuelle*. Paris : Que sais-je ? p.38

fait l'objet d'article à notre connaissance), G. Poletti défend en tout cas l'idée que la femme détiendrait une part de jouissance supplémentaire que l'homme²⁶⁷. On pourrait alors comprendre pourquoi ce dernier, par crainte que cette jouissance lui échappe, se comporte de façon si cruelle avec les femmes depuis si longtemps ? Pour l'auteur, le comportement que Mr Seguin entretiendrait avec ses chèvres (présenté ici comme une métaphore de la femme) et les lapidations des femmes infidèles en Afghanistan, resteraient les avatars des comportements affolés des hommes amputés d'une partie de leur capacité organique. G. Poletti explique alors la différence de jouissance par un argument phylogénétique. Selon lui, les hommes de la préhistoire devaient rester en état de vigilance afin de protéger le groupe des potentiels prédateurs. Ainsi, ils ne pouvaient totalement s'abandonner à l'acte sexuel. G. Poletti indique alors que la différence entre la corde pour attacher une femme à un tronc d'arbre d'un côté et la corde utilisée pour la tuer par pendaison ne serait qu'une affaire de culture (dans sa fonction contenante) :

« La différence entre monsieur Seguin et l'assassin n'est rien de moins que l'apport de la civilisation, elle n'arrêtera pas ce sentiment de jalousie et de maîtrise, mais évitera dans la plus grande majorité des cas ces monstrueuses tragédies »²⁶⁸.

En effet, comme nous le rappelle S. Freud, la culture ne suffit pas toujours pour contenir les instincts les plus primitifs des hommes. Il nous rappelle en effet dans *Malaise dans la civilisation*²⁶⁹ que la culture et la loi ne sont que des couches de vernis qui craquent parfois pour laisser apparaître la barbarie .

Pour terminer, rappelons que l'on accuse souvent le Moyen Age de barbarie et d'obscurantisme, mais il semble que les agissements les plus répressifs envers les femmes aient été commis en France et en Europe au XIX siècle. En effet, A. Classen, médiéviste et professeur d'université, accuse le XIXème siècle d'avoir « inventé la ceinture de chasteté du moyen âge »²⁷⁰ pour justifier le mythe de la femme rebelle et infidèle. P. Ariès ajoute à ce propos que les mariages de raison du moyen âge ne faisaient émerger aucune jalousie car l'amour se vivait en dehors des épousailles. J. André nous confirme que c'est bien le monde médical européen qui invente les pires objets de torture tels que « des ceintures de contention pour empêcher les jeunes filles de se « manueliser » ; à l'occasion, il excise, quand il ne cautérise pas les parois de la vulve au nitrate d'argent »²⁷¹.

²⁶⁷ Poletti, G. (2016). La jouissance féminine. Analyse Freudienne Presse, 23, 125-135.

²⁶⁸ Ibid.

²⁶⁹ Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation* (éd 2010). Paris : Puf

²⁷⁰ Classen, A. (2008). *The Medieval Chastity Belt: A Myth-making Process*. Palgrave Macmillan

²⁷¹ André, J. (2009). *Folies de Femmes*. Paris : Puf p.7

1.5.2 Passivité et Activité, ou la dialectique de la différence des sexes

La découverte freudienne sur la bisexualité a révélé que tous les êtres humains connaîtraient des dispositions sexuelles masculines et féminines. Ainsi, tous les mouvements projectifs et fantasmatiques qui caractérisent le socle de l'identité sexuelle « se retrouvent dans les conflits que le sujet connaît pour assumer son propre sexe »²⁷². Désormais manifeste, la bisexualité peut malgré tout faire émerger une certaine confusion, une confusion du féminin-masculin, une confusion entre le moi et l'objet, une confusion constitutive de l'œuvre mélancolique.

Actives au fond de chacun d'entre nous, ces deux modalités sexuelles semblent toujours prises dans des doubles mouvements, de séduction et de perte, œdipien et de dépression, de vie et de mort, d'Eros et Thanatos. Elles portent en elles des significations différentes, tant au regard de leurs affects que de leurs représentations. Si la sexualité masculine se représente aisément lorsqu'on aborde les métonymies de la phallogocratie, la sexualité féminine abrite et incarne cependant les représentations de l'enfance et de l'infantile, probablement du fait des images de passivité et d'impuissance que le désarroi de l'enfance (face aux énigmes que convoque le sexuel) a dessiné au plus profond de notre être. « Ce féminin-là, est présent dans les deux sexes. Il constitue le point de sédimentation de la bisexualité et des identifications qui en découlent »²⁷³. La pénétration et l'intrusion feraient alors lieu commun pour venir expliquer la différence des sexes, différences des sexualités (généralisées ou non) au même titre que les pulsions sexuelles et d'autoconservations qui constituent la dialectique représentative de la différence entre ce qui est sexuel ou non. Les pulsions sexuelles se distingueraient alors par le fait qu'elles prennent toujours pour objet un autre, un autre toujours invité à la table de l'altérité inhérente à la solidification du narcissisme secondaire. C'est probablement pour cela que la déssexualisation conduit le plus souvent à la déssubjectivation. Ainsi, l'anorexie serait une pathologie du lien où « le refus de l'aliment peut être compris comme un refus de l'altérité »²⁷⁴.

Mais qu'est-ce que la passivité du féminin ? Pourquoi toujours associer ce terme à la sexualité féminine ? Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, S. Freud nous rappelle qu'au commencement de l'excitation, ce sont en premier lieu les zones extérieures au corps qui sont stimulées, caressées et chatouillées. La peau et les organes de sens sont en effet les premiers lieux de plaisir qui feront, après coup, jaillir des sensations des plaisirs internes. Freud insiste sur le fait que l'excitation sexuelle, interne donc, apparaît comme un « effet secondaire » des stimulations externes. La pulsion sexuelle dériverait alors de ce processus interne et s'associerait par la suite à la zone érogène initialement stimulée. C'est donc l'excitation qui implique un double mouvement pulsionnel : passif (sensation) et actif (maîtrise). Le plaisir est ainsi toujours éprouvé de l'intérieur. Mais comme nous le rappelle C. Chabert « la passivité implique, plus que l'activité, l'engagement de l'autre dans

²⁷² Laplanche, J., Pontalis, J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : Puf

²⁷³ C. Chabert (2003). Le féminin mélancolique. Paris : Puf p.12

²⁷⁴ Fortes, I. (2012). Le corps contemporain et la problématique de l'anorexie mentale. Recherches en psychanalyse, 13, 51-59.

son action sur le sujet ». Ainsi *passivité* et *réceptivité*²⁷⁵ ne peuvent-elles pas indiquer la même chose ?

Si Freud lui-même faisait au départ un trop facile rapprochement entre activité et masculinité, passivité et féminité, il a par la suite évoqué le caractère ambigu de ces notions puis confirmé l'idée dans *Malaise dans la culture* : « nous faisons coïncider bien trop à la légère l'activité avec la masculinité, la passivité avec la féminité »²⁷⁶. Peut-être qu'un consensus peut se trouver autour de ces deux concepts lorsqu'il s'agit de réduire l'humain à ses prédispositions anatomiques mais la dimension psychologique ne peut se soumettre à ces dualités binaires et trop faciles. Dès que l'inconscient rentre en jeu, il est en effet difficile d'asseoir de telles hypothèses, bien trop facilement démontables tant le sujet humain ne se retrouve jamais vraiment là où on l'attend. En effet, « comment concilier la rationalité et la passion ? En d'autres termes, satisfaire le désir de maîtrise active et le désir tout aussi fort de se livrer passivement à un amour déraisonnable? »²⁷⁷.

La passivité d'abord, l'activité ensuite, telle est la destinée de la sexualité, de l'infantile à la puberté. Au commencement est la passivité, pour l'enfant des deux sexes, confronté à la scène originaire, scène « généralement interprétée comme un acte de violence de la part du père »²⁷⁸. Passivité car traumatique, génératrice d'une angoisse (sous l'impulsion de l'excitation qu'une telle scène sous-tend) impossible à maîtriser, probablement du fait qu'elle concerne les parents. C. Chabert souligne cependant que la passivité ne doit pas seulement ici faire référence à la notion « d'immobilité »²⁷⁹ mais doit se comprendre également comme un mouvement manifeste de soumission à l'environnement où la réalité extérieure viendrait combler le vide angoissant de l'intériorité. La passivité toujours, pour laquelle s'ajoute aux fantasmes originaires celui de séduction et de castration. En effet, le fantasme des origines pourrait selon Laplanche et Pontalis²⁸⁰ s'organiser en trois catégories :

- Le fantasme de la scène primitive relative à l'origine de la conception de l'enfant. Le coït parental et la naissance qui en suit sont associés à la relation sadomasochiste qu'entretiennent les parents.
- Le fantasme de séduction par un autre, le père, un parent, ou l'étranger masculin.
- Le fantasme de castration par l'un des parents, le père le plus souvent, animal phobogène.

Si le fantasme de séduction répond, comme tous les fantasmes à une construction imaginaire, il contient cependant « une part réaliste, puisque ce sont les parents qui

²⁷⁵ Dumet, N. & Duclos, K. (2009). Anorexie et subjectivation féminine : forces et avatars de l'intégration anale. Dans : Jacques André éd., *Folies de Femmes* (pp. 201-226). Paris : Puf p.206

²⁷⁶ Freud, S. (1930). *Malaise dans la culture* (2015 éd). Paris : Puf p.48

²⁷⁷ Chabert, C. (2007). *Ibid*, p.27

²⁷⁸ Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1967). *Ibid*, p. 432

²⁷⁹ Chabert, C. (2003). *Ibid*, p. 25

²⁸⁰ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1985). *Fantasmes originaires, fantasmes des origines, origines du fantasme*. Paris : Hachette

offrent les premières satisfactions... et érogénéisent»²⁸¹ le corps de l'enfant. Passivité inévitable pour les enfants humains qui sont donc séduits par les adultes malgré eux (nous reviendrons plus en détails sur la théorie de la *séduction généralisée* dans le prochain chapitre). C'est pourtant bien l'abandon de sa neurotica qui fondera chez S. Freud les bases de son concept de « Séduction ». En effet, en rejetant son idée première de l'activité réel de l'adulte dans la séduction vers l'enfant, S. Freud néglige ainsi la passivité face à l'effraction et avance l'idée selon laquelle l'enfant aurait recours à l'activité en construisant lui-même le scénario du fantasme. La fiction du scénario impliquerait donc une activité de représentation qui protégerait de la passivité. C'est donc l'activité psychique qui protégerait, grâce à sa totale maîtrise qu'elle implique, du débordement et de la désorganisation pulsionnelle. C'est dans cette continuité que S. Freud dès 1915 va séparer l'opposition actif/passif à celle de moi-sujet/extérieur-objet où « le moi-sujet est passif vis-à-vis des excitations externes, actifs du fait de ses pulsions ». Pour S. Freud, l'activité peut donc être au service d'une jouissance totalement passive.

A la puberté, « la poussée de passivité », une poussée vers la passivité, va selon S. Freud porter la femme vers l'homme, mais C. Chabert questionne l'idée freudienne *du désir d'être aimé* comme spécificité féminine. « Être aimé plutôt qu'aimer, conjuguer « aimer » à la forme passive, est-ce seulement une caractéristique des femmes ou, au-delà, du féminin chez les deux sexes? »²⁸².

La passivité, cette « excitation venue d'autrui »²⁸³ selon P. Denis, ne peut se dissocier de la jouissance car, comme le dit A. Green, elle « est liée à un but de la libido érotique »²⁸⁴. En effet ressentie à la suite d'une intervention de l'autre, elle « établit un mode de jouissance à but passif ». Pour A. Green, il faut séparer la passivité subie et forcée pour laquelle le sujet ne ressent que de la détresse et un sentiment d'impuissance. A. Green appelle cet état *la passivation*, qui rend l'idée de forcer quelqu'un à être passif »²⁸⁵. L'auteur oppose donc la passivité (liée à la jouissance) à la passivation (liée à la détresse).

1.5.3 Féminité réprimée : un symptôme adolescent ?

Selon J. André, le processus adolescent, qui ouvre la voie à la génitalité, convoquerait chez la jeune fille anorexique des expériences primaires d'une « féminité primitive »²⁸⁶. Avec son hypothèse de *féminité primitive*, J. André met ainsi en relation « la passivité de l'enfant séduit avec la position de passivité »²⁸⁷ propre au féminin. Pour l'auteur, la problématique du féminin dans l'AM serait ainsi un lien entre une problématique de la pénétration et une problématique de l'intrusion qui seraient « en coalescence dans les

²⁸¹ Raffy, A. (2003). Le fantasme de séduction comme version féminine du fantasme de castration. *Cliniques méditerranéennes*, n°<(sup> 68), 207-217.

²⁸² Chabert, C. (2003). p.31

²⁸³ Denis, P. (1999). États de la passivité. *Revue française de psychanalyse*, no<(sup> 63), 1577-1586..p.148

²⁸⁴ Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, no<(sup> 63), 1587-1600. p.157

²⁸⁵ Ibid.

²⁸⁶ André, J. (1995). Aux origines féminines de la sexualité. Paris : Puf

²⁸⁷ Ibid.

pathologies anorexiques et boulimiques»²⁸⁸. Mais de quel « Féminin » parlons-nous dans l'anorexie ? Peut-il également s'entendre dans les problématiques aussi bien féminines que masculines ?

Si S. Freud a réduit la sexualité féminine à la passivité et la sexualité masculine à l'activité, il serait alors facile de réduire les comportements masculins et féminins aux mouvements et à l'inhibition. Malgré tout, il semblerait qu'un constat clinique ne souffre d'aucune contestation pour plusieurs auteurs d'orientations psychodynamiques tel que J. Guéguen ou H. Bentata : l'adolescence du féminin semble rencontrer plus de « difficultés »²⁸⁹ que celle du masculin. Alors bien sûr, les chamboulements libidinaux du garçon (éjaculation et érection : « plaisir et puissance »²⁹⁰) ne restent pas sans questions ni angoisses, mais pour faire suite aux propos concernant l'impact du mythe sur nos fantasmes, ils viennent valider l'avènement de la force et de la vigueur d'un rite de passage ô combien encensé. Cependant, un travail sur la sexualité masculine mériterait d'être réalisé au regard des ravages qu'elle occasionne sur l'objet, notamment sur l'objet féminin.

Le vécu pubertaire connaîtrait donc deux destinées caractérisées l'une et l'autre par la passivité et l'activité. L'arrivée des règles menstruelles, généralement vécue passivement, confronte en effet la jeune fille à des sensations de « souillure »²⁹¹ et de « dégoût »²⁹². La jeune fille anorexique vit de ce fait ses règles comme « une effraction des comportements de maîtrise, comme une fissure de l'armure musculaire de son corps »²⁹³. Ainsi, selon J. Guéguen, l'adolescente anorexique ne se plaindrait jamais de son aménorrhée : « aucune jeune fille anorexique ne se plaint de son aménorrhée (au contraire !) »²⁹⁴. Toutes semblent même redouter le jour où le cycle hormonal refonctionnera naturellement... La passivité, intolérablement vécue, inviterait alors la jeune fille à retourner sur elle-même son agressivité pulsionnelle ?

Selon J. Guéguen, les conflits féminins seraient tournés vers de l'intériorité. Il explique que « la jeune fille, à la différence du garçon, est confrontée à une relation plus imaginaire (plus intériorisée) à sa sexualité, du seul fait que son appareil génital n'est pas directement accessible à la vue ou au toucher ». Le corps, l'objet des excitations et du dégoût, deviendrait alors en même temps la source de l'idéalisation fétichisée et de la dévalorisation fantasmée. On comprend peut-être mieux pourquoi les spécificités pathologiques de la jeune fille s'illustrent par des agissements auto agressifs visant le corps propre. Objet de répulsion, trop visible et encombrant, il est à dissimuler, quand il ne faut pas le détruire... Et si les scarifications et les tentatives de suicide concernent également le jeune homme, elles restent effectivement majoritairement féminines. Le garçon serait en effet quant à lui beaucoup plus tourné vers l'extérieur, son pénis en ligne

²⁸⁸ Ibid., p.156

²⁸⁹ Bentata, H. (2015). Le féminin à l'adolescence. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 91, 41-48.

²⁹⁰ Guéguen, J. (2003). L'anorexie mentale : une pathologie féminine. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, no<(sup> 51), 81-86.

²⁹¹ Guéguen, J. (2003). Ibid.

²⁹² Corcos, M. Dupont, M.E. (2007). Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 21 (2007) 190-200 Elsevier Masson SAS

²⁹³ Marinov, V. (2001). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris : Puf. p. 47

²⁹⁴ Guéguen, J. (2003). Ibid.

de mire (constat réducteur mais difficile à contester). Mais au regard des expériences cliniques révélées par la littérature, nous pouvons noter que les adolescentes soulageront plus aisément leurs pulsions autodestructrices sur elles-mêmes tandis que les garçons trouveront des voies de décharges extérieures à eux. C'est en effet tout le corps de la jeune fille qui est investi (ses seins, ses cuisses, son visage, son ventre). Tout son corps, sauf son sexe, totalement absent de toute forme d'érogénité. Chez le garçon, tout semble s'inverser car « les attributs génitaux continuent à être le centre de leur narcissisme, tandis que chez les femmes le narcissisme secondaire s'attache au corps tout entier »²⁹⁵.

Cette diversité de vécus pubertaires entre les jeunes filles et jeunes garçons, entre passivité et activité, entre intérieur et extérieur, symboliserait de façon réelle et imaginaire les spécificités des origines des différences. J. Guéguen, soutient donc l'idée selon laquelle l'anorexie mentale serait une pathologie de la dialectique passivité/activité, une pathologie de la féminité (où facteurs biologiques et culturels se rencontrent et s'entrechoquent). Il écrit par ailleurs à ce propos : « L'anorexie est une pathologie spécifiquement féminine. Car l'anorexie est un refus de la féminité. Dans son désir de maigreur, dans sa satisfaction non dissimulée de l'aménorrhée, la jeune fille manifeste d'abord son opposition à ce qu'« on » a voulu qu'elle soit : une femme »²⁹⁶.

Pour rappel, la passivité est un état de jouissance dans lequel le sujet s'abstient de toute prise de position, asservie aux pressions d'un autre objet. La poussée pubertaire métamorphose le corps de la jeune fille en un corps de femme. Vécue comme une véritable déformation, la jeune fille anorexique ne peut se soustraire de cette passivité (au sens où rien ne dépend d'elle), annulant ainsi toute forme de maturation. Voici ce que B. Brusset en dit :

« Chez les anorexiques, les formes féminines qui remanient leurs corps et qui sont offertes aux regards sont ressenties comme autant de moyens par lesquels l'autre, l'emprise de l'autre, les menacent d'une dépendance annihilante, et d'une perte d'intégrité »²⁹⁷.

L'emprise de l'autre et la dépendance au sacrifice semblent terroriser la jeune fille anorexique aux assises narcissiques déjà fragilisées par un vécu antérieur qui semble se répéter et s'amplifier à l'arrivée de la puberté. Effectivement, la relation d'emprise sur le corps reste prévalente chez la jeune fille et chez tous les enfants de manière générale, mais cette relation d'emprise, contrairement à ce que prétendent certains auteurs, ne semble pas être l'unique fait de la problématique relation mère-fille. En effet, le refus de la féminité et du féminin n'apparaît pas toujours le résultat d'une mauvaise différenciation entre l'objet/sujet d'un corps maternel dangereux, mais une tentative de retourner la passivité en activité pour échapper aux séductions d'un autre, d'un père ou de n'importe quel objet de séduction susceptible de générer l'angoisse.

Peut-être alors que le conflit de l'adolescente anorexique ne se situerait plus dans la différence mais dans l'inégalité des sexes ? De ce fait, et comme le suppose I. Zigar, l'AM pourrait s'entendre comme un acte révolutionnaire féministe ? Son refus et son opposition pourraient alors faire sens avec ce que S. Gooldin nomme la « subjectivité

295 Brusset, B. (1977). L'assiette et le miroir. Privat : science de l'homme

296 Guéguen, J. (2003). Ibid.

297 Brusset, B. (1977). Ibid.

héroïque »²⁹⁸, figure rivale de l'idéal masculin ? L'adolescente anorexique, par son refus, s'opposerait-elle aux désirs sexuels des hommes, obsédés par l'envie de déflorer toutes celles qui oseraient leur prêter sourire ? L'AM pourrait-elle alors se penser comme une façon radicale de se soustraire aux désirs inconscients des hommes ?

L'hypothèse d'une tentative de féminisation singulière est une thèse également soutenue par C. Ternynck. L'auteure, qui ne contredit pas les hypothèses d'une féminité réprimée, soutient l'idée que la régression anorexique serait un *destin féminin* momentané qui pourrait « illustrer une certaine forme de crise pubertaire réorganisatrice, dans laquelle la revendication d'une position féminine se cherche, parallèlement à une difficulté majeure d'intégration des données nouvelles de la génitalité »²⁹⁹. Ainsi, l'auteure pense qu'en se refusant aux sollicitations de l'objet, l'adolescente anorexique tenterait une « subjectivation féminine »³⁰⁰ visant à se protéger des menaces susceptibles d'effracter son intégrité subjective.

Si l'AM semble essentiellement se caractériser par un refus de la féminité, serait-elle également *un refus du féminin* comme le pense certains auteurs comme J. André³⁰¹ ? En effet, selon l'auteur, l'adolescente anorexique serait dans une incapacité à symboliser le « vide » du féminin et régresserait vers une position de « pré-féminité »³⁰². Il est en tout cas important ici de distinguer le terme de *féminin* (qui renvoie à l'intériorité et à l'invisible) et celui de *féminité* (qui renvoie au visible, au leurre et à la mascarade). *Le refus de la féminité* (refus du corps sexualisé) est donc à séparer du *refus du féminin* (refus de la jouissance). Autrement dit, la « féminité » de surface, exacerbée au possible peut paradoxalement être un « refus du féminin » (fréquent dans l'hystérie). Le terme de « refus de la féminité » ne souffre donc d'aucune ambiguïté. Tout ce qui se montre et se voit peut se représenter et donc, s'intégrer. Tout ce qui est intérieur, invisible, est beaucoup plus difficile à symboliser. Le « refus du féminin » mérite donc d'être expliqué. Autre commentaire : si le « féminin » subit l'inégalité des sexes dans le domaine politico-socio-économique, le couple masculin-féminin de l'appareil psychique implique une reconnaissance nécessaire de l'altérité de la différence des sexes.

1.5.4 Le refus du féminin selon J. Schaeffer

Aborder la question de la *différence des sexes*, et donc utiliser les termes de *masculin* et de *féminin*, ne doit pas se lire ici au regard des questions que pose le genre. En effet, comme le souligne J. Schaeffer lors d'un colloque de la SPP³⁰³, la psychanalyse ne se soucie guère des problématiques de genre et aborde les deux modalités ontologiques en termes d'identification ou d'investissement, narcissique et objectal. En effet, le sujet humain

²⁹⁸ Gooldin, S. (2008). « Being Anorexic : Hunger, Subjectivity, and Embodied Morality », *Medical Anthropology Quarterly*, 22, 3 : 274-296.

²⁹⁹ Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod p.148

³⁰⁰ Ibid., p.148

³⁰¹ André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : Puf

³⁰² Ibid., p. 155

³⁰³ Schaeffer, J. (2000). Conférence d'introduction à la psychanalyse. 1999-2000 : de l'adulte. *Féminin et refus du féminin*. 11 Mai. Société Psychanalytique de Paris

développe psychiquement son identité psychosexuelle « face à l'étrangeté effractrice et nourricière de la découverte de la différence des sexes »³⁰⁴.

On retrouve pour la première fois sous la plume de S. Freud en 1937³⁰⁵ « le refus du féminin » pour désigner « une part de cette énigme de la sexualité ». Pour l'auteur, ce refus est le « roc d'origine » sur lequel s'organise la *différence des sexes*, « roc » sur lequel le psychanalyste (Freud lui-même) semble lutter dans le travail analytique. Par sa volonté de dépasser les travaux de Freud, J. Schaeffer définit le *refus du féminin* dans son ouvrage éponyme comme « l'un des termes d'une différence qui se construit, et qui est paradigmatique de toutes les différences : la différence des sexes »³⁰⁶. Schaeffer tente ainsi de répondre à Freud, qui avec sa théorie du « roc », stigmatise de nouveau le féminin comme l'éternel perturbateur de l'ordre social, identifié à l'endroit de la sexualité comme une menace pour la stabilité de *l'identité psychosexuelle*³⁰⁷, et qui viendrait mettre en péril « l'alliage instable du noyau bisexuel commun aux deux sexes »³⁰⁸.

S. Proia nous rappelle que, pour Freud, « l'énoncé d'une « libido féminine » manque de toute signification »³⁰⁹. En effet, Freud assigne la femme à « une position de subordonnée, vouée à répéter le langage de l'hystérie et la scène de séduction dans l'ignorance de son désir ³¹⁰ ». En effet, pour Freud, le féminin a toujours été énigmatique, « un continent noir ». Pour rappel, lorsqu'il termine sa conférence sur la sexualité féminine, il conclut en disant : « Si vous voulez en savoir plus sur la féminité, adressez-vous aux poètes »³¹¹. S. Freud, comme tant d'autres, a toujours survalorisé le masculin, ce n'est pas nouveau, mais au détriment d'un monisme phallique qui dévalue et disqualifie en même temps la sexualité féminine.

B. Marbeau-Cleirens³¹² pose par ailleurs l'hypothèse que la conception du féminin dans la théorie freudienne pourrait se penser comme une théorie défensive qui viserait à venir protéger l'homme de l'imgo maternelle archaïque toute-puissante. Avec S. Freud, la pulsion sexuelle féminine semble en tout cas s'enharnacher d'un nouveau statut démoniaque et trouverait ainsi une place de choix aux côtés de la pulsion de mort. Mais J. Schaeffer (sans oublier J. André, J. Laplanche, R. Roussillon et bien d'autres...) dépasse ce « Féminin démoniaque » et engage le féminin dans le développement de la psychosexualité aussi bien masculine que féminine. Pour réhabiliter le « féminin » et l'introduire aussi bien chez l'homme que la femme, elle développe trois hypothèses : *Féminin et différences des sexes*, *Féminin et grandes quantités sexuelles*, *Féminin et génital*.

³⁰⁴ Schaeffer, J. (2002). Une instable identité psychosexuelle. In Construction et affirmation de l'identité chez les filles et les garçons, les femmes et les hommes de notre société. O.S.P Avril 2002, p. 535, 543

³⁰⁵ Freud S. (1937). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. *Résultats, idées, problèmes*, II, (éd 1985). Paris : Puf

³⁰⁶ Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin*. (éd 2016). Paris : Puf

³⁰⁷ Zaltzman, N. (1976). Du sexe opposé, in Nouvelle revue de psychanalyse. 14. Paris : Gallimard

³⁰⁸ Schaeffer, J. (1997). *Ibid.*, p.44

³⁰⁹ Proia, S. & Chouvier, B. (2008). De Tirésias au refus du féminin. *Dialogue*, 2(2), 111-123.

³¹⁰ Proia, S., Martineau, J.P. (2007). De la nécessité d'un désengagement théorique pour une juste appréciation du contre transfert, *Perspectives psychiatriques*, vol. 46, n° 1, p. 76-84.

³¹¹ Freud, S. (1936). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Gallimard p.149

³¹² Marbeau-Cleirens, B. (1999). Théorie psychanalytique sur la sexualité féminine depuis 30 ans. *Études psychanalytiques*, n° 1, p. 13-34.

Tout d'abord, par *Féminin et différence des sexes*, J. Schaeffer entend que c'est le sexe féminin en tant que tel qui est le plus « difficile à cadrer dans une logique anale ou phallique »³¹³, autrement dit, le plus difficile à symboliser et à appréhender car ô combien effrayant pour les hommes. Ce sexe, si difficile à saisir par la psychanalyse, reste avant tout un sexe dangereux, secret et mystérieux. Pour rappel, S. Freud définit le développement de la psychosexualité en stades de développement libidinal à travers lesquels le moi connaîtra quatre étapes, quatre couples organisateurs. Le moi doit en effet passer par différentes étapes pour « organiser sa sexualité » : par la phase anale (couple *actif/passif*), par la phase phallique (couple *pénis universel/pénis châtré*), par la phase génitale (couple *féminin/masculin*). Si le couple actif/passif, qui désigne ici un couple d'opposés, le phallique/châtré désigne un fonctionnement bien connu des anorexiques « le tout ou rien », seul le couple féminin/masculin désigne une *différence*, la différence des sexes.

En 1937, Freud va remettre en question son concept de différence des sexes et rajouter un quatrième couple Bisexualité/refus du féminin. On remarque bien à quel point S. Freud a du mal à détacher « le génital » du couple Féminin/Masculin (la puberté, période où les rapports sexuels se veulent possibles) de ses organisateurs plus « archaïques » (anal et phallique). Pour Freud, le vagin est en effet « loué à l'anus »³¹⁴ et le pénis est une « verge d'excrément »³¹⁵. Le vagin reste en effet pour S. Freud une annexe du pénis, indifférenciable et de ce fait, suppose une négation dans cette question que pose la différence des sexes. Le pôle libidinal est ainsi verrouillé : *la bisexualité et le refus du féminin* se retrouvent dans les deux sexes (qui semble renvoyer pour J. Schaeffer à une « négation de la différence des sexes »³¹⁶).

Le refus du féminin peut ainsi se comprendre pour la femme comme le refus de « la pénétration par envie du pénis » et pour l'homme comme le refus de « sa position homosexuelle de se faire pénétrer analement »³¹⁷. *Le refus du féminin* est donc le refus de ce qui est « impossible à cadrer ». Le sexe de la femme, invisible et si secret, renvoyé à son statut de châtré, inquiéterait profondément les hommes, susceptibles de connaître le même sort. Ce sexe, passage vers la jouissance, ouverture vers les profondeurs des plaisirs méconnus attise cependant « grandes quantités pulsionnelles »³¹⁸ : *la poussée constante libidinale*. Il reste donc une source d'angoisse tout aussi bien masculine que féminine (l'angoisse du féminin, angoisse de la différence des sexes). En effet, dans le quatrième couple, le *refus du féminin* est associé à la *bisexualité*, tous deux communs comme nous l'avons déjà souligné aux deux sexes. La bisexualité psychique qui se différencie du fantasme de bisexualité agie, contribue à l'organisation des identifications œdipiennes pendant que son fantasme s'entend comme une défense face à la bisexualité génitalement agie. La différence des sexes et son maintien restent donc selon J. Schaeffer une affaire toujours instable dans laquelle le masculin et le féminin se retrouvent constamment sous

³¹³ Lesourd, S. (2001). *Le féminin : un concept adolescent ?* Toulouse. Érès. p.26

³¹⁴ Expression que Freud emprunte à Lou Salomé : Freud, S. (1917). *Sur les transpositions des pulsions*, plus particulièrement dans l'érotisme anal (éd 1970). In *La vie sexuelle*. Paris : Puf

³¹⁵ Freud, S. (1917). *Ibid.*

³¹⁶ Schaeffer, J. (2001). Le « roc » de la différence des sexes. Dans : Serge Lesourd éd., *Le féminin : un concept adolescent* (pp. 25-48). Toulouse: Érès.

³¹⁷ Schaeffer, J. (1997). *Ibid.*, p. 43

³¹⁸ *Ibid.*, p.24

la menace d'une régression actif/passif et phallique/châtré, tant le moi reste sous la pression de la poussée constante de la pulsion sexuelle.

Avec sa deuxième hypothèse, « Féminin et grandes quantités pulsionnelles ». J. Schaeffer souligne l'ambivalence de la pulsion sexuelle qui se retrouve du côté du féminin. Au regard des théories freudiennes sur la libido, la pulsion sexuelle serait une « poussée constante », ce qui poserait au moi un flot d'énergie, de ce fait toujours au travail, toujours sous pression. En effet, la pulsion reste avant tout « une excitation pour le psychisme »³¹⁹. Contrairement à l'animal, régulé par ses « chaleurs » programmées par son instinct (nous l'avons pu avec J-J Rousseau dans le chapitre 1), l'excitation du ça devient pulsionnelle et « la génitalité humaine... se transforme en psychosexualité à poussée constante »³²⁰. C'est ainsi que la libido va imposer un trajet à la pulsion, un trajet qui imposera au moi un certain conflit. S. Freud écrit que « sur le trajet de la source au but, la pulsion devient psychiquement active »³²¹. Cette activité va faire émerger une angoisse sur le moi, débordé de libido qu'il ne peut ressentir que comme « un étranger interne ». Loin d'être le maître dans sa propre demeure, le moi est comme soumis à cette angoisse qui l'effracte autant qu'elle le nourrit. S. Freud s'est visiblement retrouvé en difficulté pour théoriser le sexuel féminin (malgré ses intuitions légendaires). Son concept du « refus du féminin » semble en effet correspondre à la réponse trouvée face à sa théorie de la libido qui implique une « poussée constante ». Le refus du féminin doit cependant se comprendre pour les deux sexes comme un refus par envie du pénis et de la passivité homosexuelle. Mais qu'en est-il des « grandes quantités d'excitations » dites nourricières pour le moi ?

J. Schaeffer tente de répondre à ce destin initialement évoqué avec sa troisième et dernière hypothèse : « Féminin et génital ». Pour S. Freud, la notion de « roc » révèle son point de vue pessimiste sur la sexualité et souligne, tout autant l'impuissance sexuelle qu'il suscite que celui de l'analyste à y remédier. J. Schaeffer distingue cependant deux « refus du féminin ». L'un qu'elle nomme *roc dépassable* (celui qui cède à l'ouverture nécessaire à la pénétration et à la jouissance) et *roc indépassable* (celui qui ne négocie pas, qui se ferme au pulsionnel, conséquence directe sur la frigidité dans les deux sexes). La thèse de J. Schaeffer pourrait se résumer ainsi : « plus le moi admet de pulsions sexuelles en son sein, plus il est riche, et mieux il vit »³²². C'est de ce fait que le féminin de la femme et que le masculin de l'homme, se constituent à travers l'expérience de la jouissance sexuelle génitalisée. On pourrait alors ajouter à l'aphorisme Beauvoirien « on ne naît pas femme, on le devient »³²³ que l'on ne naît pas homme non plus. En effet, féminin et masculin ne sont pas pour J. Schaeffer (et contrairement à Freud), directement acquis à la puberté, du moins sur le plan génital. Le chamboulement libidinal que la puberté suppose ne s'accompagnerait pas de la capacité à pouvoir jouir en toute tranquillité de l'expérience que suppose le rapport sexuel génitalisé. Au-delà de réveiller les fantasmes incestueux, la puberté angoisse plus qu'elle ne se jouit. L'adolescent pubère recherche en effet avant tout à se « débarrasser de la sexualité »³²⁴ qui menace, plutôt que de l'expérimenter et de la jouir.

³¹⁹ Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In Métapsychologie (éd 1968). Paris : Gallimard

³²⁰ Schaeffer, J. (2000). Ibid.

³²¹ Freud, S. (1933). La féminité. In Nouvelles conférences d'introduction à la Psychanalyse. Paris : Gallimard.

³²² Schaeffer, J. (2000). Ibid.

³²³ Beauvoir, S. (1949). Le deuxième sexe. Paris : Gallimard

³²⁴ Winnicott, D. (1971). Jeux et réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard

Il semble important de terminer sur le travail de J. Schaeffer en revenant sur son concept « d'effracteur nourricier ». Effracteur certes mais visiblement indispensable au développement psychosexuel. La sexualité humaine est en effet, une créativité psychique, un acte de passage, une épreuve initiatique dans laquelle la relation entre le masculin et le féminin se génitalisent réciproquement.

Schaeffer en collaboration avec C. Goldstein³²⁵, distingue trois effracteurs dits nourriciers :

- La poussée constante de la libido
- La différence des sexes
- L'amant³²⁶ de la relation sexuelle de la jouissance

Ces trois « effracteurs » se lient entre eux. En effet, c'est dans le deuxième que le premier est le plus au travail. Lors de la phase génitale, le moi est confronté aux exigences de la réalité, réalité dans laquelle le pénis et le vagin sont « arrachés » aux modèles dits « prégénitaux » (anale et phallique). Enfin le troisième est celui qui va créer le « féminin ». C'est en effet « l'amant » qui va porter dans le corps de la femme sa propre poussée constante libidinale et ainsi, créer le féminin, le sien et celui de l'autre.

Selon les auteurs, le moi et la pulsion seraient, au-delà du conflit, en total collaboration pour constituer et établir les assises de l'identité psychosexuelle du sujet. Cependant le moi, effracté par la poussée constante, ne pourrait totalement et constamment se soumettre aux bons vouloirs de la pulsion. La mission du moi serait alors de réguler la poussée en rythme et en cadence. Il deviendrait ainsi le chef d'orchestre d'une symphonie constante, difficile à maîtriser. Les mécanismes de défense seraient à l'œuvre et ne reculeraient devant rien pour ne pas se laisser trop envahir. La poussée ne serait alors perceptible que lorsqu'elle échapperait totalement au moi (dans la jouissance sexuelle) ou lorsqu'il la délibidinaliserait (frigidité). Le moi pourrait alors s'ouvrir à la pulsion, un peu, beaucoup voire totalement.

Ainsi, J. Schaeffer évoque la triple solution³²⁷, solution lisible au regard des trois pôles du moi. En effet, lorsque le moi arrive à réguler la pulsion, la poussée se combine dans une triple solution au niveau du pôle moïque qu'elle nomme « anal », « fécal » et « libidinal ».

- La solution névrotique : le pôle du moi « anal » accepte et négocie.
- La solution répressive : le pôle du moi « fécal » se referme coûte que coûte
- La solution introjective : le pôle du moi « libidinal » s'ouvre et se soumet coûte que coûte.

³²⁵ Goldstein, C. (1995). Maîtrise de la pulsion ou maîtrise par la pulsion ? In Revue française de Psychanalyse, 1995/3, Paris : Puf.

³²⁶ L'amant dans le langage de Schaeffer désigne l'objet visé par la pulsion, ce que Roussillon nomme « l'autre sujet » dans : Golse, B., Roussillon, R. (2010). La naissance de l'objet. Paris : Puf

³²⁷ Schaeffer, J. (2002). La dynamique du couple ou la co-création du masculin et du féminin. Dialogue, no<(sup>155), 3-15.

Au regard de la « solution répressive », le pôle du moi fécal semble faire écho au fonctionnement du « moi anorexique ». En effet, par solution répressive, J. Schaeffer fait référence au déni et à la haine de la pulsion : « le travail du négatif est à base de déni, de clivage, de dégradation de la pulsion en excitation, de fécalisation de l'objet. Les stratégies de défenses sont davantage celles de survie, de maintien de la cohésion narcissique et identitaire »³²⁸. L'alimentation, source de nos désirs les plus archaïques, métaphore indiscutable des désirs sexuels, endosse dans l'AM un statut d'objet fécalisé. Pour J. Schaeffer, le refus alimentaire anorexique pourrait alors s'entendre comme un refus de pénétration malgré l'envie, comme un refus de féminisation (refus des règles, des seins, des hanches) et donc, comme un *refus du féminin*. En effet, pour J. Schaeffer, le féminin est avant tout une « des solutions pulsionnelles », un « procès d'extension du territoire du Moi, d'ailleurs toujours menacé par l'envie »³²⁹.

³²⁸ Schaeffer, J. (2002). Ibid.

³²⁹ Schaeffer, J. (1997). Ibid., p. 143

2 CHAPITRE 2. DU PLAISIR A L'EFFROI : TRAJECTOIRE DU SEXUAL

2.1 Le primat de l'autre dans la formation de l'âme humaine

2.1.1 Le plaisir : de l'hédonisme au grand principe freudien

L'ascèse, au regard des définitions générales, pourrait se définir comme une discipline volontaire du corps et de l'esprit visant un perfectionnisme spirituel en s'imposant des privations. S'opposant à toute forme de plaisir et jouissant d'une certaine contrainte masochiste, l'adolescente anorexique maîtriserait alors sadiquement l'objet pour atteindre un idéal, un idéal ascétique ?

« L'idéal ascétique avait donné une direction : cette haine de ce qui est humain, et plus encore de ce qui est « animal », et plus encore de ce qui est « matière » ; cette horreur des sens, de la raison même ; cette crainte du bonheur et de la beauté ; ce désir de fuir tout ce qui est apparence, changement, devenir, mort, effort, désir même – tout cela signifie, osons le comprendre, une volonté d'anéantissement, une hostilité à la vie, un refus d'admettre»³³⁰ .

Nous avons précédemment noté que l'adolescente anorexique semblait fortement lutter contre la passivité et la jouissance qu'elle occasionnerait. « Se faire plaisir » serait-il alors le point d'achoppement de la problématique anorexique ? Mais qu'est-ce que réellement le « plaisir » si célébré par les doctrines hédonistes jusqu'à S. Freud lui-même, lui préférant son utilisation *Die Lust* à celui de jouissance ? L'hédonisme serait-il alors un principe de plaisir ? Pour le psychiatre M. Martin, « l'hédonisme est le principe de plaisir pensé, agi et entretenu, englobant le désir de jouissance, les actes qui s'ensuivent, et toutes les représentations qui s'y lient »³³¹. Mais au regard de la psychanalyse, jouissance et plaisir semblent renvoyer à des notions bien différentes (surtout chez J. Lacan). Notons en tout cas que pour de nombreux psychanalystes, le principe de plaisir est un « principe régulateur de l'activité psychique »³³² et ne peut se penser comme un principe hédoniste.

Mais qu'est-ce que l'hédonisme ? Réelle doctrine philosophique ou fait de nature ? La question peut se poser. Du grec *hédoné*, « le plaisir », on doit la théorisation du concept à Aristippe de Cyrène, un disciple décidant du célèbre Platon trois siècles avant notre ère. C'est donc bien avant la naissance de Spinoza et de la psychanalyse, que ce penseur opposait déjà « plaisir » et « douleur », qu'il définissait respectivement, selon Diogène Laërce³³³, comme « un mouvement doux et agréable » et « un mouvement violent et pénible »³³⁴. Parler d'hédonisme c'est donc mettre à jour les vertus de l'ataraxie dont la finalité reste je le rappelle *le plaisir* comme souverain bien (*le bonheur* pour les stoïciens). Selon les hédonistes, en passant par M. de Montaigne et B. Pascal, tout animal tend à jouir

³³⁰ Nietzsche, F. (1887) *Généalogie de la morale* (éd 2007). Paris : Folio p.111

³³¹ Martin, M. (2009). *Hédonisme et responsabilité: Une éthique pour le plaisir*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. P.21

³³² Angelergues, J. & Cointot, F. (2016). *Le principe de plaisir*. Dans : Jacques Angelergues éd., *Le principe de plaisir* (pp. 1-8). Paris : Puf

³³³ Poète et historien du III^{ème} siècle. Il est l'une des rares sources sur les doctrines des philosophes antiques.

³³⁴ Michaud, Y. (2012). Sur l'industrialisation contemporaine de l'hédonisme. *Psychotropes*, 18, 17-22.

le plus possible au-delà de souffrir le moins possible. Ce serait ainsi pour le vivant mouvant et sentant, une évidence naturelle et instinctive. Plaisir/souffrance pour le corps, joie/tristesse pour la tête (la vie mentale), Montaigne l'hédoniste d'un jour suppose que la jouissance reste en effet le mobile principal des actions humaines. Elle conduit à la connaissance de soi et permet de se détacher des angoisses morbides de la vie. M. de Montaigne en fait par ailleurs un point central de sa philosophie : « il faut étendre la joie et retrancher la tristesse autant que possible »³³⁵.

La doctrine hédoniste connaît bien sûr différentes modalités dont la plus célèbre est sans doute l'épicurisme (le stoïcisme pouvant se rattacher à un eudémonisme). Pour le grec Epicure, la satisfaction du plaisir passe avant tout par la satisfaction des besoins naturels et nécessaires, autrement dit, boire et manger, de l'eau et du pain, le reste n'étant que futilité et non indispensable à la survie. Pris en otage par les « bons vivants » de notre temps, le terme d'*épicurisme* ne renvoie donc en aucun cas à la voracité boulicannibalique des amateurs mélancoliques des bons gueuletons. Bien au contraire ! Philosophie de la modération, l'épicurisme selon Epicure invite à la vie austère dans laquelle, les adolescentes anorexiques pourraient peut-être bien se plaire. L'anorexique, une épicurienne ? A n'en pas douter, à quelques points près que l'absence de douleur manquerait au rendez-vous. Car en effet, l'ataraxie, la tranquillité de l'âme, reste l'objectif principal de tout forme d'épicurisme, qu'il soit Grec ou Italien.

Au regard du concept d'idiosyncrasie nietzschéen, nous pouvons noter que chaque source de plaisir reste le fruit de notre singularité. En effet, selon F. Nietzsche, c'est bien le corps qui rend la pensée possible et pour rappel, Epicure le grec, prône une philosophie en lien avec son propre corps malade et douloureux. Mais l'épicurisme a voyagé et traversé la méditerranée. Nouveau contexte, nouvelles données. La vie à Naples, peut-être en son temps déjà moins austère qu'à Athènes, offre des jardins différents dans lesquels la pensée se veut par nature différente. Lucrèce, interroge l'un des besoins naturels et non nécessaires posé par Epicure : la sexualité. Que faire de cette sexualité débordante, naturelle certes car commune aux animaux, mais dont la satisfaction n'est en rien nécessaire à la survie (au-delà de la survie de l'espèce). C'est donc sans avoir lu S. Freud, et pour cause, que le chevalier napolitain comprendra que le désir sexuel non inassouvi peut venir entraver le bien-être et la paisibilité nécessaire à la pensée. La sexualité doit en effet pour Lucrèce ne jamais déranger l'esprit et se vivre sans contrainte, le bordel étant le lieu tout à fait approprié pour se « débarrasser » rapidement de la chose. Pour Lucrèce, le désir est une substance inflammable, une substance qui menace de déborder et qu'il est nécessaire et naturel de satisfaire pour jouir de la vie et se trouver dans un état de béatitude.

Au regard de la théorie du *désir*, les épicuriens de Campanie se différencient également de Platon pour qui, le désir n'est que *manque* et *souffrance*. Cette conception, de Platon jusqu'à J. Lacan, influence encore à ce jour nos contes de fées et nos mythes culturels dans lesquels, *le discours d'Aristophane*³³⁶ règne encore en maître lorsqu'il s'agit de parler d'amour : notre âme sœur (le prince charmant/la femme idéale) est le seul objet susceptible de combler notre manque insupportable. Ce serait alors l'objet originaire initialement perdu à jamais qui pourrait à lui seul combler le vide existentielle ô combien

³³⁵ Montaigne, M. (1580). Les Essais (éd. 2002). Paris : Folio

³³⁶ Platon. Le banquet.

angoissant ? La psychanalyse, en défendant les thèses d'une *sexualité polymorphe*, tend de ce fait à déculpabiliser tous ceux et celles qui se sentiraient contraints de ne devoir aimer qu'une seule fois.

Nous le savons, S. Freud a emprunté la notion de *principe de plaisir* à G. Fechner³³⁷ qui parlait d'un *principe de plaisir de l'action*. C'est donc en 1900 qu'il introduit la notion de plaisir dans *L'interprétation du rêve*³³⁸ sous le concept de *principe de plaisir*. Il le définit comme un *principe économique* qui pousse l'activité psychique à éviter le déplaisir en réduisant les quantités d'excitations angoissantes. Il l'oppose par la suite au *principe de réalité* qu'il introduit en 1911 dans *Formulation sur les deux principes du fonctionnement psychique*³³⁹. Il le définira comme le régulateur de l'appareil psychique.

Mais qu'est-ce que le principe de plaisir définit par la métapsychologie ? J. Laplanche et J-B. Pontalis apportent la définition suivante :

« un des deux principes, régissant, selon Freud, le fonctionnement mental : l'ensemble de l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer du plaisir. En tant que le déplaisir est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir leur réduction, le principe de plaisir est un principe économique »³⁴⁰.

Contrairement aux doctrines hédonistes classiques, qui rendent le plaisir comme la finalité des actions humaines, S. Freud a souligné que le *principe de plaisir* restait avant tout un principe de déplaisir. En effet, pour S. Freud, la motivation d'agir reste la fuite du déplaisir qui en conséquence, apportera la satisfaction et donc, le plaisir. Mais la notion évolue. En effet, s'il est encore coutume de traduire le plaisir freudien par la diminution des tensions, on trouvera une remise en question du concept dans *Au-delà du principe*. S. Freud se demande en effet si certaines tensions ne provoqueraient pas du plaisir. 1920 est probablement le virage le plus significatif pour la psychanalyse. Et en effet, nous l'avons dit, en introduisant le concept de *pulsion de mort*, S. Freud a dû revoir certains de ses concepts même si sa définition du principe de plaisir n'évoluera que très peu. La notion de plaisir ne connaîtra en effet pas de grand changement car pour lui, les notions de plaisir/déplaisir ne doivent que s'entendre comme des principes économiques sur lesquels peuvent se traduire les différentes intensités de quantité d'énergie. Il notifiera malgré tout en 1920 que l'augmentation des tensions (le déplaisir) peuvent produire un effet plaisant. Il écrit :

« La sensation de tension ne serait-elle pas à mettre en rapport avec les grandeurs absolues de l'investissement, éventuellement avec son niveau, tandis que la graduation plaisir-déplaisir indiquerait la modification de la quantité d'investissement dans l'unité du temps »³⁴¹.

³³⁷ (2005). Argument. Revue française de psychanalyse, 69, 5-9.

³³⁸ Freud, S. (1900). L'interprétation des rêves(éd 2010). Paris : Seuil

³³⁹ Freud, S. (1911). Formulation sur les deux principes du fonctionnement psychique. In Résultats, idées, problèmes tome 1 (éd 1998). Paris : Puf

³⁴⁰ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse p332

³⁴¹ Freud, S. (1920). Ibid., p. 55

Nous constatons que S. Freud restera sur ses positions. En 1922, dans *Introduction à la psychanalyse*, il indique que la vie psychique vise activement le plaisir. Ainsi, « selon toute apparence, l'ensemble de notre activité psychique a pour but de nous procurer du plaisir et de nous faire éviter le déplaisir, elle est régie automatiquement par le principe de plaisir »³⁴². Mais tout l'intérêt de l'introduction de la pulsion de mort est justement de clarifier les ambiguïtés que la juxtaposition des concepts engendre. Pour de nombreux auteurs contemporains, le principe de plaisir/déplaisir garde en effet toute sa valeur et sa cohérence. Ainsi, J-M Quinodoz écrit :

« Lorsque la pulsion de mort prédomine au sein de ce conflit, la composante destructrice de la vie psychique s'impose, comme dans le sadisme et le masochisme ; en revanche, lorsque la pulsion de vie prédomine, la composante destructrice est en partie neutralisée et l'agressivité se met au service de la vie et du moi »³⁴³.

Pouvons-nous alors parler de plaisir dans le fonctionnement sadique et masochiste ? Il semble depuis S. Freud que *plaisir* et *masochisme* soient indissociables, au même titre que *plaisir* et *mort* le sont. « Mourir de plaisir » insinue l'expression. En effet, le plaisir reste l'objectif de tous sujets, c'est-à-dire, faire diminuer coûte que coûte l'état de tension. Mais au regard des différents rythmes que les tensions libidinales imposent à la vie psychique, l'augmentation des tentations semblent provoquer de façon spécifique un certain plaisir dans le fonctionnement masochiste. Autrement dit, au-delà des modalités masochistes, la fin de la tension : c'est le plaisir. Seul le plaisir ou la mort pourrait en effet mettre un terme à cet état profondément inconfortable. A l'inverse, la jouissance, malgré les souffrances qu'elle provoque, fait vivre les tensions au-delà de les augmenter. Elle offre cependant et paradoxalement au sujet la sensation d'être vivant. Ainsi, le couple plaisir/jouissance pourrait-il s'associer au couple pulsion de vie/pulsion de mort ?

Pour J-Y Chagnon, « le principe de plaisir n'est donc plus le moteur du fonctionnement psychique, il est même mis hors-jeu dans le masochisme »³⁴⁴. En effet, à partir de 1924, S. Freud³⁴⁵ n'associera plus le principe de plaisir à un processus primaire (au sens temporel) mais le présentera comme un processus secondaire, dans une continuité du principe qui le précède : le principe de Nirvana, principe qui tend à réduire totalement l'excitation de la vie psychique. J-Y Chagnon ajoute à ce propos :

« Le principe de plaisir nouvelle formule constitue donc une modification du principe de Nirvana imposée par la libido à la pulsion de mort, modification qui ne peut s'effectuer que par l'intrication pulsionnelle, la liaison de la pulsion de mort par la libido, soit le masochisme érogène, gardien de la vie »³⁴⁶.

Pour V. Marinov, l'adolescente anorexique se meurt de faim. Au-delà de s'en plaindre, elle fait vivre cette sensation terrible telle « une sorte de conduite tournant au

³⁴² Freud, S. (1922). *Ibid.*, p.335

³⁴³ Quinodoz, J-M (2015). Sigmund Freud (éd 2021). Paris : Que sais-je ? p.88

³⁴⁴ Chagnon, J-Y. (2006). *Ibid.*

³⁴⁵ Freud S. (1924), Le problème économique du masochisme, *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, PUF, 1973, 287-297.

³⁴⁶ Chagnon, J-Y. (2006). *Ibid.*

vide, voire un autovampirisme caché »³⁴⁷. On peut alors ici observer un clivage précoce comparable à ce que R. Spitz a appelé le *principe de Nirvana*³⁴⁸ (phénomène selon lequel le bébé s'épuise malgré ses sensations aiguës de faim). Pour le bébé comme pour l'anorexique, le refus de l'alimentation serait lié au déplaisir intense provoqué par l'immense sensation de faim. Ce déplaisir submergerait le système proprioceptif qui ne permettrait plus de percevoir l'aliment. Selon l'auteur, le clivage entre la sensation de faim et l'introduction à la bouche de l'aliment (le tétou ou le biberon) ne pourrait se faire du fait que la mère ne soit pas disposée à procurer du plaisir à son enfant.

Ce que l'on peut noter pour terminer, c'est que l'anorexique ne semble jamais autant se sentir en paix lorsque son état de santé est au plus mal. La pulsion de mort offre une sensation de plaisir irréfutable. V. Marinov écrit d'ailleurs à ce propos :

« Lentement, insidieusement, silencieusement, mais visiblement, l'anorexique se laisse mourir comme si elle était aspirée par le plaisir de disparaître en retrouvant l'impassibilité minérale de son propre squelette dénué de chair. Au sommet de sa réussite, toutes les tensions de son corps tendent vers zéro, et l'anorexique, souvent, se sent attirée par la paix nirvanique des statues bouddhiques »³⁴⁹.

2.1.2 La réalité psychique au-delà du principe

Pour faire suite au principe de plaisir, le principe de réalité est donc introduit par S. Freud en 1911 dans *Formulation sur les deux principes du fonctionnement psychique*. Il se définit comme :

« Un des deux principes régissant selon Freud le fonctionnement mental. Il forme un couple avec le principe de plaisir qu'il modifie : dans la mesure où il réussit à s'imposer comme principe régulateur, la recherche de la satisfaction ne s'effectue pas par les voies les plus courtes, mais elle emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur »³⁵⁰.

Les thèses de H. Marcuse et des auteurs de l'école de Francfort se présentent comme nouveau regard sur les thèses freudiennes. Malgré tout, elles resteront totalement liées aux principes fondamentaux freudien du « supraculturel » dans la formation de l'âme humaine. En effet, on retrouverait chez S. Freud et ses successeurs l'idée selon laquelle « le vital serait le refoulé, le culturel étant à la fois la serpustructure et le refoulant »³⁵¹. Et si les thèses marcusiennes s'inscrivent dans une vulgate freudienne, elles s'établiraient pourtant selon l'auteur à dénoncer un « fourvoisement freudien ». L'auteur *freudo-marxiste* accuse en effet dans *Eros et civilisation*³⁵² la société capitaliste de réprimer et de falsifier les instincts humains. H. Marcuse - sans oublier W. Reich³⁵³ -

³⁴⁷ Marinov, V. (2022). Ibid., p265

³⁴⁸ Spitz, R. (1967). De la naissance à la parole. Paris : Puf p.37

³⁴⁹ Marinov, V. (2022). Ibid., p.106

³⁵⁰ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse p.336

³⁵¹ Laplanche, J. (1987). Ibid., p.32

³⁵² Marcuse, H. (1955). Eros et civilisation. Paris : les éditions de minuit

³⁵³ Reich, W. (1932). L'irruption de la morale sexuelle. Paris : Payot

rejetent l'hypocrisie de la morale bourgeoise (morale des sociétés industrielles) et attaquent la société capitaliste qui selon eux, réprimerait, ou plutôt *sur-réprimerait* les élans sexuels inhérents à la bonne santé psychique. H. Marcuse va même un peu plus loin en défendant l'idée selon laquelle *le malade psychiatrique*, dans son incapacité à se résigner à la folie du monde, serait le révolutionnaire désireux de rétablir la sexualité en Eros et d'abolir les pressions de rendement d'un principe de réalité inhumain et trop répressif. Selon lui, les pressions et les rigueurs du *principe de réalité* seraient toujours liées à l'intensité de la réalité sociétale. Critiquant S. Freud, lui reprochant de ne pas avoir réussi à se dégager de son puritanisme Viennois, H. Marcuse soutient l'idée que le surmoi ne serait plus l'héritier du complexe d'œdipe mais « la représentation puissante de la morale établie »³⁵⁴. En cela, H. Marcuse différencie la *répression* (nécessaire) et la *sur-répression* (inhumaine). La répression, acquise sous le joug de l'éducation, aussi bien parentale que sociétale, serait nécessaire voire indispensable pour la vie en communauté, ingrédient fondamental du contrat social. Mais la « sur-répression » relèverait d'un dictat sociétal induisant un déterminisme culturel dans lequel *le principe de réalité* aurait laissé place au *principe de rendement*. En ce sens, les défenses surmoïques se désobjectiveraient en sautant l'étape fondamentale de l'individualisation. En d'autres termes, les freins passionnels à l'origine de la culpabilité ne seraient plus le fait d'un surmoi autonome mais le fruit d'un mécanisme de défense sociétale via le contrôle des inconscients individuels où « l'unité génétique devient directement une unité sociale »³⁵⁵.

La révolution sexuelle est depuis passée par là, révolution soutenue quoi qu'on en dise par un capitalisme de plus en plus débridé. Du moment que les business marchent, la morale importe peu. En effet, E. Fromm en 1975, dans une conférence intitulée *L'importance de la psychanalyse pour l'avenir*, a souligné que le refoulement de la sexualité n'était plus vraiment un problème. Le sexe est devenu un objet de consommation au même titre que la drogue, le tabac et l'alcool. C'est ainsi que « pour les humains d'aujourd'hui, la sexualité a perdu le tabou d'acte coupable de sorte qu'elle n'est plus refoulée »³⁵⁶. L'erreur de W. Reich était alors de penser que la libération sexuelle produirait des révolutionnaires. Hitler et les nazis l'encourageaient aussi... E. Fromm souligne en effet que la société de consommation actuelle n'a plus besoin du refoulement pour exploiter les humains qui ont fini par se réprimer eux-mêmes, sous leur propre autorité bureaucratique dans l'unique but de se conformer aux normes sociétales afin de jouir dans leur débâcle consumériste. Il se pourrait alors que dans notre société de consommation, « la satisfaction sexuelle deviendrait elle-même une structure manipulée des loisirs, comme toute structure de loisirs des humains est aujourd'hui manipulée »³⁵⁷. L'humain d'aujourd'hui se sentirait tout aussi libre que puissant alors qu'il participerait sans le savoir « à une tromperie générale dans tous les domaines et souffre de ses contradictions qu'il refoule pour paraître adapté »³⁵⁸.

Au regard de la définition freudienne, le principe de réalité ne serait donc pas à opposer au principe de plaisir. Au contraire, il pourrait se penser comme une continuité de ce dernier, car le plaisir resterait par principe, l'objectif final à atteindre. La réalité

³⁵⁴ Boyer, C. (2012). Du « freudo-marxisme » au « freudo-libéralisme » ?. *Le Philosophoire*, 38, 229-249.

³⁵⁵ Marcus, H. Ibid.

³⁵⁶ Dupont, J. (2005). Erich Fromm. Un psychanalyste hors normes. Le Coq-Héron n°182. Paris : Erès

³⁵⁷ Ibid.

³⁵⁸ Boyer, C. (2012). Ibid.

semble cependant s'imposer au sujet humain comme une exigence qui demande, le temps d'un instant, d'accepter l'impossible « tout, tout de suite » afin de mieux retrouver le plaisir dans un second temps, dans la sécurité.

Le concept de *réalité* semble cependant devoir se penser au-delà du grand principe freudien. En effet, le réel (qui chez S. Freud fait lien avec le corps et la biologie) et la réalité, autant que la *réalité externe* et *réalité interne*, supposent des distinctions afin de pas sombrer en confusion. A l'instar de F. Martens, nous pouvons surtout nous demander « d'où vient la réalité psychique ? »³⁵⁹. Notons de plus que bon nombre d'auteurs relèvent « l'existence de plusieurs espaces de la réalité psychique de différents espaces de réalité tel que l'intrapsychique, intersubjectif et transsubjectif ».³⁶⁰

Le concept de réalité en psychanalyse souligne avant tout le principe d'une singularité. S. Freud l'a notamment introduit sous le nom de *réalité psychique* (*psychische Realität*) pour justement distinguer la réalité matérielle de la réalité intrapsychique d'un sujet, révélatrice de ses fantasmes et de ses désirs inconscients. La réalité psychique est donc une expression qui pourrait se définir par :

« ce qui, dans le psychisme du sujet, présente une cohérence et une résistance comparables à celles de la réalité matérielle », mais « il s'agit fondamentalement du désir inconscient et des fantasmes connexes »³⁶¹.

Notons alors que pour S. Freud, tout ce qui prend forme dans l'appareil psychique du sujet à une valeur de réalité. Mais après 1897 nous le verrons, la réalité psychique désignera surtout le désir inconscient et le fantasme qui lui est lié, négligeant ainsi la réalité extérieure qui peut pourtant venir pénétrer le sujet est devenir ainsi la « seule réalité ». Retenons cependant que la réalité en psychanalyse reste liée à la notion d'inconscient, facilement représentable avec la fameuse et célèbre métaphore de l'iceberg.

Il semble alors important que le clinicien, quel que soit sa filiation théorique, puisse être capable de différencier les phénomènes observables des éléments de la réalité psychique. En effet, J. Godfrind nous prévient que les psychanalystes et thérapeutes d'obédience psychanalytique peuvent dans le transfert confondre les éléments phénoménologiques et les réalités intrapsychiques. En effet, la liberté d'interprétation qui est offerte à l'analyste doit se dégager des « entraves personnelles conscientes et inconscientes »³⁶², dégagement nécessaire pour comprendre la souffrance et la réalité intrapsychique des patients.

Terminons avec le précieux regard de J.B Pontalis. L'auteur nous alerte en effet dans son ouvrage *Perdre de vue* sur la possible « dangerosité » des multiplications des tableaux cliniques auxquels nous assistons de nos jours. Ces multiplications pourraient

³⁵⁹ Martens, F. (2012). D'où vient la réalité psychique ?. *Champ psy*, 61, 137-147.

³⁶⁰ Bourguignon, M. & Katz-Gilbert, M. (2018). Les espaces de la réalité psychique: Une revue critique de la littérature. *Research in Psychoanalysis*, 26, 130a-141a.

³⁶¹ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Ibid.*, p. 391

³⁶² Godfrind, J. (2001). Chapitre VI. Penser la séduction traumatique. Dans : , J. Godfrind, *Comment la féminité vient aux femmes* (pp. 113-135). Paris : Puf

en effet maintenir les analystes sous « l'emprise du discours causal ». Ainsi, l'auteur prévient que ce positionnement ferait associer la souffrance intrapsychique d'un patient « à une réalité sociale ou familiale qui serait trop ceci ou pas assez cela »³⁶³. Toute la complexité de concevoir le phénomène de réalité serait alors de ne pas le confondre avec celui de vérité. Un patient qui souffre peut en effet prendre du plaisir dans le symptôme et être terrifié à l'idée de « tomber guéri »³⁶⁴ malgré la volonté appuyée (voire symptomatique ?) de son thérapeute de l'accompagner sur les tumultueux chemins de la guérison, par principe, pour le bien de la réalité.

2.1.3 La destructivité : l'expression des instincts et des passions humaines

L'être humain serait-il un animal naturellement ou culturellement destructeur ? Comme nous l'indique P. Descola dans son ouvrage *Par-delà nature et culture*³⁶⁵, le débat qui oppose ces deux modalités du monde ne serait qu'une illusion. Il semblerait en effet que le propre de la nature humaine, est qu'elle n'a pas de nature au-delà du fait que nous avons besoin selon E. Morin « d'inhiber en nous ce que « demens » a de meurtrier, de méchant, d'imbécile. Nous avons besoin de sagesse qui nous demande prudence, tempérance et mesure »³⁶⁶. Quoi que l'on puisse en dire, il est certain que l'*homo* ne peut se réduire qu'en sa qualité de *sapiens*, tant *demens*, au sens de folie, le caractérise tout autant. De ce fait, l'adolescente anorexique pourrait-elle se refuser à l'ordre naturel des choses, à cet objet permanent de démesure que chaque humaine porterait au plus profond de son être et que les Grecs appelaient *Ubris* ?

Un « ordre naturel des choses » laisserait entrevoir l'idée que nous sommes indirectement constitués d'une essence, essence rationnelle qui nous offre le statut d'animal social, capable de raisonner et de créer des symboles. Mais sommes-nous condamnés et programmés à suivre des forces instinctives irrépessibles ?

Les tentatives de définir l'être humain sous l'angle naturel soulèvent de nombreux débats entre les anthropologues, éthologues et biologistes. Il est en tout cas spontanément coutume de caractériser l'humain selon ses attributs physiques et physiologiques, mais C. Darwin lui-même reconnaissait qu'il était inévitable d'intégrer à ces descriptions « les attributs spécifiquement psychiques »³⁶⁷.

Le concept de « naturel » renverrait alors à tout ce qui est impossible d'échapper, tel un programme déterminé par le cosmos. Ainsi, l'adolescente anorexique se refuserait-elle à l'ordre naturel des choses, à savoir la puberté et la croissance biologique, l'ordre vital et donc, l'ordre biologique et érotique ?

Notons que les traductions françaises des écrits de S. Freud ont créé certaines confusions entre les concepts de « pulsions » (*Trieb*) et d'« instinct » (*Instinkt*). Si les deux termes existent au-delà de coexister en allemand, ils partagent une signification assez

³⁶³ Pontalis, J.B. (1988). Perdre de vue. Paris : Gallimard p.103

³⁶⁴ Ibid., p. 93

³⁶⁵ Descola, P. (2005) Par-delà nature et culture. Paris : Gallimard

³⁶⁶ Morin, E. (1997). Amour, poésie, sagesse. Paris : Seuil p.8

³⁶⁷ Darwin, C. (1859). L'origine de l'espèce. Paris : Seuil

proche. On retrouve en effet les deux notions sous la plume de S. Freud (contrairement à ce qu'écrivait J. Lacan à propos de l'instinct : « vous ne trouverez jamais [l'instinct] sous la plume de Freud »³⁶⁸). En effet très proches dans leurs significations d'origines, l'instinct pourrait se concevoir selon J. Laplanche en fonction de sa source (somatique) et viserait un but (l'objet). Cette conception ne se distingue donc pas du célèbre quatuor caractéristique de la pulsion que S. Freud décrit dans *Pulsions et destins des pulsions* (poussée, but, source, objet). Cependant, plutôt que de les fusionner ou de les réduire, J. Laplanche³⁶⁹ tient à distinguer la pulsion de l'instinct. L'auteur distingue donc d'un côté « l'instinctuel », dans lequel il sépare les instincts d'autoconservation et les instincts sexuels pubertaires et postpubertaires. Dans un autre côté, le « pulsionnel », il range la sexualité infantile prépubertaire (c'est l'objet étudié par la psychanalyse). Il écrit : « Le critère entre instinct et pulsion étant, du côté instinctuel, le caractère génétique et héréditaire des montages physiologiques en question, et du côté pulsionnel infantile le caractère acquis, épigénétique, des fantasmes et comportements sexuels ». Il ajoute en s'appuyant sur S. Freud qu'« instinctivement » renverrait à une réaction « quasi automatique, tel un montage spontané un lien à une situation donnée, « là où le mot pulsionnellement serait tout à fait inadapté »³⁷⁰. On peut déjà entrevoir ici un débat lancé par J. Laplanche entre l'inné et l'acquis. Nous poursuivrons les réflexions que pose un tel débat avec C. Dejours.

Il existerait donc des forces dites instinctives et des forces dites pulsionnelles auxquelles les adolescentes anorexiques souhaiteraient visiblement se soustraire. Nos civilisations, bercées par les chants de nos différentes morales, ont bien sûr avec le temps, fait évoluer nos instincts les plus primitifs en créant indirectement un certain déterminisme humain non immuable. Mais le nihilisme, au sens de la négation, ne peut qu'être soutenu par un sujet humain en proie et en prise avec sa culture et ses croyances. Il n'est jamais l'affaire de la nature qui pousse toujours à la fois dans le sens de la vie et de sa destruction. En effet, S. Freud décrit en 1915 dans *Pulsions et destins des pulsions* la destructivité comme à la fois une composante de l'instinct sexuel et d'une autre part, comme « une force indépendante de la sexualité »³⁷¹. Mais S. Freud va faire évoluer sa vision de la « destruction humaine ». Toujours en 1915, il accordera à la destructivité innée de l'humain une origine détachée du sexuel³⁷². En ce sens, ce serait les instincts les plus primitifs du moi qui seraient l'origine de l'agressivité. Le père de la psychanalyse suppose ainsi que « la haine », déjà là avant l'amour, serait automatiquement implantée dans les instincts du moi. Ainsi, les instincts d'autoconservation auraient pour mission de défendre le moi des excitations provoquées par l'objet.

Cette conception freudienne stipule que les enfants humains lutteraient de façon primitive et instinctive, dès le stade anale-sadique (phase où le moi commence à dominer la fonction sexuelle), contre les intrusions du monde extérieur. Mais à partir de 1920, étape fondamentale dans les positions freudiennes, S. Freud va revisiter ses théories sur l'instinct humain dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), puis dans *Le moi et le ça* (1923) et *Malaise dans la culture* (1930). C'est ainsi que la dualité *Eros et instinct de mort* émergera au profit de la dichotomie *moi et instincts sexuels*. L'origine mécaniste et

³⁶⁸ Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris : Seuil p.834

³⁶⁹ Laplanche, J. (2008). L'objet entre pulsion et instinct. *Annuel de l'APF*, 2008, 13-25.

³⁷⁰ Laplanche, J. (1993). *Problématiques VII*. Paris : Puf p.23

³⁷¹ Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. Paris : Puf

³⁷² Freud, S. (1915). *Trois essais*. Paris : Puf

primitive n'est donc plus retenue et S. Freud argumente désormais sous le regard tutélaire de la biologie. Il écrira ainsi dans *Malaise dans la civilisation* que « l'introduction du concept du narcissisme devient décisive, ce terme s'appliquant à la découverte du fait que le « Moi » lui aussi est investi de libido, en serait même le lieu d'origine »³⁷³.

S. Freud défend ainsi l'idée que les passions de détruire seraient alors d'ordre biologique. En effet, toutes les cellules seraient constituées par deux caractéristiques fondamentales, une pulsion de vie et une pulsion de mort. Il écrira, toujours dans le même ouvrage : « Parti de certaines spéculations sur l'origine de la vie et certains parallèles biologiques, j'en tirai la conclusion que... indépendamment de l'instinct érotique, existait un instinct de mort »³⁷⁴. Nous verrons cependant que pour J. Laplanche, l'idée freudienne d'un « biologisme de la sexualité » est un fourvoiement dans le sens où pour l'auteur, la sexualité est implantée par l'adulte à travers la séduction. Nous y reviendrons.

Être de pulsion sexuelle et d'instinct primitif, notre constitution d'animal humain semble au regard des conceptions freudiennes pouvoir se caractériser par notre impossibilité à se délecter d'un certain ordre instinctif et biologique. Notre nature semble alors pouvoir se caractériser par notre capacité à se laisser totalement tenter par toutes formes d'excès primitifs, destructeurs et incontrôlables. En effet, « d'une part, l'homme est semblable à de nombreuses espèces animales, en ceci qu'il combat sa propre espèce. Mais d'autre part, il est, entre des milliers d'espèces qui se battent, la seule où la lutte soit destructive... L'espèce humaine est la seule à se livrer à des massacres, la seule à ne pas s'adapter à sa propre société »³⁷⁵.

Notre nature se définirait alors par une liberté d'agir, par excès et pour l'excès destructeur, sans limite ni contrainte, malgré le fait que tout peut déborder et/ou se déstructurer. J.J. Rousseau, dans son ouvrage *Discours sur les origines et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, décrit une différence entre les animaux et les hommes, et nous offre avec facilité une possibilité d'entrevoir *in fine* une distinction entre l'instinct et la pulsion, entre le déterminisme et la liberté :

« C'est ainsi qu'un pigeon mourrait de faim près d'un bassin rempli des meilleures viandes, et un chat sur des tas de fruits, ou de grain, quoique l'un et l'autre pût très bien se nourrir de l'aliment qu'il dédaigne, s'il s'était avisé d'en essayer. C'est ainsi que les hommes dissolus se livrent à des excès, qui leur causent la fièvre et la mort ; parce que l'esprit déprave les sens, et que la volonté parle encore, quand la nature se tait »³⁷⁶.

L'excès dont parle ici J-J. Rousseau semble faire écho au débordement pulsionnel si caractéristique du fonctionnement humain. Chaque être humain serait en effet confronté à cette possibilité de se laisser aller à l'excès du besoin et du plaisir. Depuis Platon jusqu'à Spinoza, nous savons que le plaisir peut être une source de souffrance, de servitude. Ovide ne disait d'ailleurs-t-il pas « je vois le meilleur, je l'approuve et pourtant, je fais le pire »³⁷⁷ ? Notre quête de plaisir peut en effet détruire ce qui nous rend vivant.

³⁷³ Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation* (éd 2010). Paris : Payot p.127

³⁷⁴ Ibid., p. 128

³⁷⁵ Tinbergen, N. (1951). *L'Étude de l'instinct* (éd 1953) Paris : Payot

³⁷⁶ Rousseau, J-J. (1754). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. (2008 éd). Paris : Flammarion

³⁷⁷ Spinoza, B. (1675). *Ethique*, IV, Proposition XVII. Paris : Pléiade p. 503 (Ovide, *Métamorphoses*, VII, 20)

L'être humain, constitué par un champ de forces pulsionnelles internes, ne peut orienter comme il le souhaite ses propres volontés. Il n'est pas maître de sa maison nous rappellerait S. Freud. En effet, plus puissante que les vérités établies, la satisfaction d'un plaisir immédiat dominera visiblement toujours les vertus de la volonté.

J-J. Rousseau nous invite de fait, non plus à distinguer les humains selon l'intelligence ou l'émotion, ni selon la conscience ou le langage, mais selon une morale caractéristique du fondement de l'humanité : la perfectibilité. Si l'animal est prisonnier et programmé par son instinct, incapable de s'échapper de la règle que lui prescrit la nature, l'être humain est libre de s'en écarter bien au-delà de choses naturellement bonnes pour lui. Là est pour l'auteur le propre de la nature humaine, caractérisée par l'excès comme la liberté malgré la possibilité que ce dernier puisse s'autodétruire. La perfectibilité à l'origine, libre de se transformer en créature parfaitement calibrée. Chaque être humain se retrouverait alors confronté à cette « potentialité excessive », celle de se laisser aller au-delà du besoin naturel et nécessaire car au-delà de la volonté, rien ne serait programmé pour nous en empêcher. Là serait notre nature (en partie) ? Jouir et/ou mourir de l'excès et pour l'excès ? Les limites humaines se retrouveraient alors attaquées de l'intérieur et de l'extérieur, aussi bien par les pulsions du ça que par les désirs paradoxaux du moi, moi qui pour S. Freud, n'est pas toujours « le maître dans sa propre maison »³⁷⁸, nous venons de le dire. L'adolescente anorexique connaîtrait-elle cette sensation à l'orée de la puberté ? Nombreuses en tout cas sont celles qui glisseront sur le versant boulimique (2 sur 3). Leurs restrictions ne pourraient-elles donc pas être motivées par un mouvement répressif afin de s'empêcher de déborder ? M. Henniaux nous interpelle à ce sujet, « elles craignent de ne pas pouvoir s'arrêter si elles commencent à manger »³⁷⁹. L'auteur ajoute à ce propos : « elles gardent la hantise, comme elles le disent, que « ça déborde » sur le plan physique, nous l'entendons aussi comme une métaphore de leur vécu intérieur qui est la hantise d'une oralité débordante »³⁸⁰.

Selon J. André, l'être humain se serait depuis longtemps « libéré de son instinct »³⁸¹ (depuis que la sexualité génitale s'est distinguée de la reproduction). Ainsi notre liberté nous condamnerait à ne pas trop s'éloigner des chemins de la maîtrise et de l'équilibre des forces pulsionnelles, afin que souverain de notre plaisir, elle ne puisse nous détourner de l'omnipotence visiblement biologiquement et fantasmatiquement recherchée ? L. Igoïn semble aller dans le sens de J-J Rousseau. Pour l'auteure de *la boulimie et son infortune*³⁸², tous les animaux sont dotés de « patterns » internes qui les conduisent à s'organiser sans s'autodétruire. Autrement dit, à l'exception du rat et du cochon, seuls animaux omnivores avec l'humain, aucun d'entre eux ne consommeraient des aliments pour lesquels ils ne seraient pas programmés. Cependant, l'être humain serait un véritable omnivore ? Pour la philosophe F. Burgat³⁸³, il ne peut physiologiquement n'exclure aucun aliment et donc s'alimenter de tout. Du latin *omni* (tout) et *vorare* (manger avaler), omnivore signifie donc « se nourrir indifféremment

³⁷⁸ Freud, S. (1922). Introduction à la psychanalyse (éd 2015). Paris : Payot

³⁷⁹ Henniaux, M. (2009). Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'information psychiatrique*, 85, 35-41.

³⁸⁰ Henniaux, M. Ibid

³⁸¹ André, J.

³⁸² Igoïn, L.

³⁸³ Burgat, F. (2013). Devenir végétarien. *Sens-Dessous*, 12, 95-104.

d'aliments d'origine animale ou végétale »³⁸⁴. Il est pourtant fréquent d'entendre les défenseurs du véganisme utiliser des arguments dit « naturels » pour défendre leurs idées. Intestins humains trop longs pour digérer la viande, pH de son estomac moins acide que celui du véritable animal carnivore (en revanche plus acide que l'animal herbivore), les hypothèses sont aussi nombreuses que toutes les réalités susceptibles d'exister. Ces débats ont cependant le mérite de nous rappeler que l'expression de « loi naturelle » ne trouve aucun consensus dans la communauté scientifique et semble même tomber en désuétude. La philosophie et l'Ethologie semblent en mesure d'aborder ce type de questionnement même si encore une fois, chaque prise de position s'accompagne de contre sens tout aussi critiquable que réfutable.

2.1.4 La mère : à la vie à la mort

2.1.4.1 La séduction maternelle précoce

Les travaux psychanalytiques sur l'anorexie mentale de l'adolescence ont souvent mis en avant le dysfonctionnement de la relation mère-enfant. De nombreux auteurs tels que M. Corcos soutiennent l'hypothèse de la défaillance des relations précoces mère-bébé.

En effet, E. Bidaud souligne par exemple la prévalence du caractère incestuel des « couples mères-filles »³⁸⁵ dans l'AM qui mènerait à une souffrance singulière, souffrance paradoxale qui unirait malgré tout mère et fille dans une histoire « aux accents amoureux »³⁸⁶ passionnellement destructrice.

H. Lazaratou définit quant à elle l'AM comme « l'expression d'un conflit intrapsychique spécifique réactualisant à l'adolescence les relations précoces entre la mère et le bébé »³⁸⁷.

Pour M. Corcos et M.E. Dupont (2008), « il y aurait un dysfonctionnement dans les interrelations précoces »³⁸⁸ sous-tendu par « la défaillance du maternel chez les mères de ces patientes, en particulier dans l'investissement du corps autonome, vivant et érotique de l'enfant »³⁸⁹.

Ph. Jeammet soutient quant à lui l'idée selon laquelle la mère aurait accordé son amour « sous condition » à sa petite fille, comme un chantage affectif tel que : « si tu es comme je veux, je t'aimerai, sinon je me détacherai ». A l'adolescence, plus que par identification, la fille imiterait alors les comportements de la mère, mère qui apparaîtrait par conséquent « comme partie intégrante du narcissisme de la fille, sur fond de développement d'un faux self »³⁹⁰.

³⁸⁴ Selon la définition du CNRTL

³⁸⁵ Bidaud, E. (1999). A propos du couple mère-fille dans l'anorexie mentale. Une clinique de l'incestuel. In Cahiers de psychologie clinique, n°13, 1999, p.143-153

³⁸⁶ Bidaud, E. (2001). Ibid., p.100

³⁸⁷ Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. (2006). Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. Psychothérapies, vol. 26,(1), 21-25

³⁸⁸ Gandouly, M. (2013). Anorexie et maternité : un ventre plein pour apaiser un ventre vide ?. *Le Carnet PSY*, 168, 36-40.

³⁸⁹ Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A. & Doyen, C. (2008). L'anorexie mentale, déni et réalités, Rueil Malmaison : Doin

³⁹⁰ Gandouly, M. (2013). Ibid.

Pour beaucoup de psychanalystes, ce serait donc la « fusion maternelle » qui « coincerait » la jeune fille anorexique dans son impossibilité à élaborer le « fantasme séductif pour le père », nécessaire pour se désengager de la tentation originelle de l'imaginaire maternelle.

Il est coutume d'entendre dans les discours populaires que la mère serait la responsable de tous les maux de ce monde. Et pourtant, tous les auteurs ont compris que la séduction nourricière maternelle était ô combien nécessaire pour le bon développement du petit sujet humain. Plus que n'importe quel autre mammifère, le nourrisson pourrait en effet vivre seulement quelques minutes sans l'intervention de l'autre. Il n'aurait donc pas d'autre choix que de s'abandonner totalement à autrui pour survivre. En effet, quoi de plus vulnérable, de plus démuné, de plus fragile qu'un nouveau-né venu au monde ? Ce besoin d'aide fondamentale face à cet état de détresse est repéré par S. Freud qu'il nomme *Hilflosigkeit*. Il n'existerait pas d'équivalent en français mais J. Laplanche le traduirait comme « l'état d'un être qui, s'il est laissé à lui-même, est incapable de s'aider par lui-même : il est donc besoin de l'aide étrangère »³⁹¹. L'état de néoténie extrême du jeune sujet humain produirait ainsi une hyper dépendance à l'autre. Cette dépendance serait pour D. Marcelli l'expérience fondatrice de la relation humaine. Mais l'auteur nous prévient que le bébé ne peut se réduire qu' à un simple objet inanimé totalement dépendant. Pour D. Marcelli, le bébé posséderait un pouvoir qu'il exercerait sur l'autre grâce à son regard : c'est « le premier ancrage séducteur »³⁹² qui permettrait d'accrocher la mère et la sensibiliser à ses nouvelles fonctions de mère, de l'inviter à devenir mère.

Depuis J. Bowlby, la littérature psychanalytique admet – non pas sans polémique - que l'attachement serait un besoin primaire fondamental nécessaire au développement psycho-affectif de l'enfant. Se délectant partiellement du primat de l'inconscient, J. Bowlby a offert à la psychanalyse une théorie de la relation qui suscite cependant toujours autant de débats et de controverses au sein de la communauté psychanalytique. Pour résumer, J. Bowlby défend l'idée selon laquelle « le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou de manger (en se référant entre autre aux observations faites par Spitz (1947-1968) à l'issue de la guerre et à sa notion d'*hospitalisme*) »³⁹³. Cette nouvelle théorie de l'affectivité, même si elle offre un précieux éclairage sur les liens étroits qu'entretiennent le biologique et le social, n'a pas laissé le monde de la psychanalyse indifférent qui la commente comme une « psychanalyse sans libido »³⁹⁴ qui négligerait la force de l'inconscient. Mais D. Anzieu, avec son concept de « pulsion d'attachement »³⁹⁵, permet de « jeter un pont entre la théorie des pulsions et la théorie des relations d'objets »³⁹⁶ et offre ainsi aux commentateurs réfractaires le moyen

³⁹¹ Laplanche, J. (1987). Nouveaux fondements pour la psychanalyse. Paris : Puf p.97

³⁹² Marcelli, D. (2015). De la séduction « ontologique » à la séduction dans l'éducation : comment infiltre-t-elle la relation parent-enfant ? *Enfances & Psy*, 68, 24-35.

³⁹³ Goldbeter-Merinfeld, É. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°<sup> 35), 13-28.

³⁹⁴ Brusset, B. (2001). Oralité et attachement. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1447-1462.

³⁹⁵ Anzieu D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau, 1-22, in *Les enveloppes psychiques* (ouvrage collectif), Paris, Dunod, coll. « Inconscient et culture », 1987.

³⁹⁶ Golse, B. (2004). « La pulsion d'attachement, un concept stimulant dans le débat entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet », dans *Perspectives psychiatriques*, 43, 4, p. 261-268

de « mieux articuler le processus de symbolisation en absence ou en présence de l'objet »³⁹⁷.

Il nous semble que J. Laplanche, en s'appuyant sur les travaux de M. Dornes³⁹⁸, reste le psychanalyste qui « défend » le mieux la théorie de l'attachement, théorie qu'il intégrera dans sa conceptualisation de sa théorie de la séduction généralisée (TSG). En effet, il soutient et encourage l'expérimentation moderne sur l'attachement et montre à quel point ce concept « en dit bien mieux et bien plus que l'autoconservation »³⁹⁹. Pour l'auteur, cette communication enfant-adulte est cependant compromise par l'intervention de l'inconscient, nous y reviendrons avec C. Dejours qui souligne « les rapports entre formation de la sexualité infantile et attachement sont rigoureusement identiques aux rapports entre subversion libidinale et corps biologique »⁴⁰⁰. Notons malgré tout que J. Laplanche défend l'idée que le bébé est dès la naissance actif dans sa relation qu'il entretient avec le monde par le biais de réflexes tels que l'agrippement, le fuissement, véritables « ondes porteuses » sur lesquelles la relation d'attachement avec l'adulte peut s'établir.

Mais pourquoi les relations précoces mère/bébé font-elles l'objet d'innombrables commentaires ? Peut-être parce qu'elles sont essentielles à la vie ? La rencontre d'un bébé avec sa mère serait la réunion indispensable au processus de symbolisation, lui-même inhérent au processus de subjectivation. Ainsi, A. Green (en passant par D.W. Winnicott et W.R Bion) défendent l'idée que c'est à la mère d'accompagner son bébé dans ce qui constitue le passage de la figuration à la mentalisation, c'est-à-dire de « faire accéder le représentant psychique inactif de la pulsion »⁴⁰¹.

La mère serait « neurologiquement programmée »⁴⁰² pour assurer la relation physique d'amorçage. Qu'il en soit ainsi... Mais les dernières recherches neuroscientifiques soutiennent que les pères dégageraient autant d'ocytocine que les mère et vivraient des changements similaires aux femmes tels qu'une augmentation de la matière grise dans les zones liées à l'attachement⁴⁰³. Et si les phénoménologues soutiennent qu'au départ, c'est « le contact » qui reste la première expérience vécue du bébé avec le monde, la pulsion semble selon certain psychanalyste déjà là, disposée pour agir, pour le meilleur (téter le sein) comme pour le pire (dévorer le sein). Pour rappel, la pulsion est pour S. Freud un concept qui se situe entre le somatique et le psychique et qui se caractérise avant tout par « une poussée » qui trouve sa source dans une excitation corporelle. Ainsi, la pulsion d'autoconservation impliquerait une tension interne corporelle dont le but serait la satisfaction (téter le sein pour apaiser l'état de tension).

³⁹⁷ Golse, B. (2007). Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet. *Dialogue*, 175, 15-29.

³⁹⁸ Dornes, M. (1997). *Psychanalyse et psychologie du premier âge* (éd 2002). Paris : Puf

³⁹⁹ Laplanche, J. (2001). Sexualité et attachement dans la métapsychologie. Dans : Daniel Widlöcher éd., *Sexualité infantile et attachement* (pp. 57-82). Paris : Puf p.79

⁴⁰⁰ Jung-Rozenfarb, M. (2003). " Le corps d'abord " de Christophe Dejours. *Revue française de psychanalyse*, 67, 703-707

⁴⁰¹ Laplanche, J. (2001). *Ibid.*

⁴⁰² Rideau Batista Novais, A., Héneau, A., Khatat, N., Virlouvet, A-L., Frérot, A. (2018). La mise en place du lien mère-enfant, du support neurobiologique à la pratique, Volume 5903, Issue 318, 06/2018, Pages 1-40, ISSN 0007-9820,

⁴⁰³ Lane, A., Luminet, O. & Mikolajczak, M. (2013). Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. *L'Année psychologique*, 113, 255-285.

C'est donc par l'objet (la mère) et/ou l'objet partiel (le sein) que la pulsion va pouvoir atteindre son but (la réduction de la tension interne). C'est ainsi que, plus tard, les pulsions sexuelles (pas encore indépendantes) s'étayeront sur les fonctionnements organiques de l'autoconservation :

« Ceci revient à dire que le bébé boit d'abord pour se nourrir, pour absorber les calories nécessaires à sa survie, mais que très rapidement, il va découvrir, lors des premières tétées, toute une série de plaisirs connexes, de plaisirs en prime, de plaisirs de surcroît parmi lesquels la voix de sa mère, l'odeur de sa mère, le toucher de sa mère, le holding de sa mère, etc. Ceci vaut pour toutes les zones érogènes partielles »⁴⁰⁴.

A la suite de S. Freud, la séduction maternelle précoce serait pour J. Schaeffer un apprentissage de la pulsion, une « expérience initiatique »⁴⁰⁵. En effet, le sein nourricier deviendrait rapidement le sein érotique et susciterait chez le bébé des excitations et des satisfactions. C'est donc par les soins précieux de la mère que s'éveilleraient les différentes zones érogènes. La mère de soin et la mère de séduction, deux fonctions essentielles qui permettraient à l'enfant de vivre dans la sécurité deux expériences fondamentales : « une jouissance dans la passivité et une dépendance à l'autre dans la recherche et la découverte du plaisir »⁴⁰⁶. La séduction se voudrait donc réciproque et primordiale, à l'image d'un processus d'autoconservation (ou d'attachement ?). Du côté de la mère, le sourire, le regard et les caresses ouvriraient les voix de l'érotisation sur le corps du bébé. L'enfant y prendrait du plaisir et par ses sourires, ses agrippements, séduirait en contrepartie la mère qui à son tour, éprouverait du plaisir. Mais afin d'organiser toute cette excitation, la mère devra surtout tenir sa fonction de pare-excitation et exercer sur le bébé « la censure de l'amante »⁴⁰⁷. Entre excitation et pare-excitation, la séduction, possiblement traumatique, nous le verrons, permettrait cependant d'apprivoiser l'enfant aux possibles dangers suscités par l'invasion soudaine de l'objet étranger. La séduction effractrice pourrait selon J. Schaeffer pouvoir venir que du père, dans un second temps, après coup : « La séduction précoce s'inscrit dans un mouvement organisateur de la psyché et de la sexualité infantile, tandis que la séduction tardive révélerait la réussite ou l'échec de cette organisation »⁴⁰⁸.

La mère semble donc essentielle au développement de l'enfant mais nous verrons qu'avec la théorie de la séduction généralisée, nous pourrions nous délecter de cette notion de fusion *mère-bébé* (très propre aux sociétés patriarcales) dénoncée par J. Laplanche dans les *Nouveaux fondements de la psychanalyse*. Cependant, si le jeune enfant, caractérisé par l'*Hilflosigkeit*, semble totalement dépendant de la présence de l'objet, quelles seraient les conséquences de son absence au-delà de sa propre mort ?

⁴⁰⁴ Viodé-Bénony C. & Golse, B. (2012). *Psychopathologie du bébé*. Paris : Armand Colin. p.11

⁴⁰⁵ Schaeffer, J. (2008). Cent ans après les *Trois essais*, que reste-t-il des trois scandales ?. *Revue française de psychanalyse*, 72, 761-776.

⁴⁰⁶ Ibid.

⁴⁰⁷ Braunschweig D., Fain M. (1975). *La nuit, le jour*. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental. Paris : Puf

⁴⁰⁸ Schaeffer, J. (2008). Ibid.

2.1.4.2 Le complexe de la mère morte d'A. Green

« Le complexe de la mère morte » développé par A. Green en 1983 dans *Narcissisme de Vie et Narcissisme de mort* permet de mettre en lumière certaines conséquences provoquées par la présence ou l'absence de l'objet sur l'enfant.

Pour A. Green, le complexe de la mère morte est « une révélation du transfert »⁴⁰⁹. L'auteur entend par là que les symptômes déposés dans l'analyse par le patient ne seraient pas, de premier abord, de type dépressif. Ce n'est que dans l'après coup, dans et par le transfert, que la dépression « éclaterait au grand jour ».

L'auteur indique que cette *dépression de transfert* (expression de Green pour la distinguer de la névrose de transfert) trouverait son origine dans une dépression infantile particulière qui se serait vécue en présence de l'objet (la mère) : « Le trait essentiel de cette dépression est qu'elle a eu lieu en présence de l'objet, lui-même absorbé par un deuil »⁴¹⁰. En ce sens, l'enfant aurait subitement été désinvesti par la mère qui, suite à un événement plus ou moins traumatique, aurait déclenché une dépression et délaissé son enfant. Ce changement brutal de comportement aurait plongé l'enfant dans une détresse affective qui laisserait des traces indélébiles sur ses futurs investissements narcissiques et érotiques. A. Green note qu'au départ des relations maternelles précoces, l'enfant aurait vécu des expériences d'amour dans lesquelles il se serait sincèrement senti aimé et protégé par une mère disponible et contenante, malgré toutes les difficultés que suppose une telle relation. C'est donc l'amour brutalement perdu qui aurait plongé l'enfant dépourvu d'explication dans un vécu effroyable, comparable à une catastrophe existentielle. Ce véritable traumatisme narcissique causé par une « désillusion anticipée » va mener l'enfant à donner du sens à ce non-sens. Il finira par interpréter le retrait maternel comme « la conséquence de ses pulsions vers l'objet » ou comme son intérêt nouveau pour une personne tierce (le père).

Lorsque les tentatives de réparation ont échoué (terreurs nocturnes, agitation et autres signaux de détresse lancés par le bébé/l'enfant), le moi de l'enfant va mettre en place une série de défenses qui lui permettront de rester vivant.

La première, et probablement la plus importante, est une défense à double volet :

-*le désinvestissement de l'objet maternel* : l'objet primaire est tué sans haine, ce qui provoque un trou dans la trame des relations d'objet avec la mère. Cela n'empêche en aucun cas les investissements périphériques.

-*l'identification inconsciente à la mère morte* : nécessaire pour garder un lien avec la mère. Comme la réparation par réaction a échoué, l'enfant opte pour une réparation par mimétisme. C'est un renoncement à l'objet qui assure en même temps sa conservation sur un mode cannibalique.

La deuxième, est une réponse à la perte de sens. Elle déclenche une haine secondaire de l'objet. Le retournement par mégalomanie négative ne suffit plus car l'écart entre l'intensité de la responsabilité que le sujet s'accordait et l'intensité de la réaction maternelle est trop grande. La responsabilité de l'humeur noire de la mère est désormais déplacée sur le père. Ce deuxième front défensif entraîne donc :

⁴⁰⁹ Green, A. (1987). Ibid., p255

⁴¹⁰ Ibid., p.256

-*Le déclenchement d'une haine secondaire* : qui va mettre en jeu les désirs d'incorporation négative et les positions anales sadiques/maniaques dans le but de dominer l'objet et de le souiller.

-*L'excitation auto érotique* : c'est la recherche d'un plaisir sans tendresse ni pitié qui se caractérise par une réticence à aimer l'objet. Corps et psyché se retrouvent alors clivés.

-*La quête de sens perdu structure le développement précoce des capacités fantasmatiques et intellectuelles du moi* : l'auto-réparation s'organise autour de la performance intellectuelle qui permet de masquer le trou du désinvestissement et ainsi, de surmonter la détresse en consacrant tous les efforts dans l'anticipation.

Selon G. Pirlot⁴¹¹, l'identification à une « mère morte » impliquerait une difficulté à aimer l'autre autant que soi. Ainsi, le seul amour possible serait un amour gelé par le désinvestissement car « les objets du sujet restent toujours à la limite du Moi, ni complètement dedans ni tout à fait dehors, et pour cause, puisque la place est prise, au centre, par la mère morte »⁴¹².

Pirlot et A. Green nous alertent sur les difficultés rencontrées par ces patients en thérapie. Ils nous préviennent que l'analyse classique, caractérisée par le silence de l'analyste, ne ferait que répéter le deuil blanc de la mère morte. Ainsi, à l'instar d'un S. Ferenczi et d'un D.W. Winnicott, l'analyste devrait accepter d'être « utilisé » pour que le patient puisse accéder à sa propre subjectivité au risque qu'il reste dans son immobilité mélancolique. G. Pirlot nous rappelle en tout cas que toute la difficulté de prise en charge de ces patients dit états limites s'organiserait autour d'une régression anale, manifestation défensive face à la « passivation » insupportable provoquée par le thérapeute.

Le complexe de la mère morte nous permet donc d'entrevoir de nouvelles données dans la construction de la faille narcissique chez les sujets limites. Rarement utilisé pour expliquer l'émergence du narcissisme négatif de l'anorexie mentale, il semble que l'absence corporelle et psychique de la mère pourrait entraver la transmission érotique essentielle dans le processus de subjectivation. M. Corcos indique en tout cas que « l'absence de la mère dans certains domaines érotiques et affectifs répand une absence de soi de la fille psychique et corporelle »⁴¹³. Et en effet, comment se détacher lors du processus de séparation-individualisation de ce qui n'a jamais été là, suffisamment constant et au demeurant disponible ? Pour Y. Baranova⁴¹⁴, le complexe de mère morte « permet de relier l'absence psychique maternelle aux carences narcissiques chez l'enfant » devenu anorexique à l'adolescence.

⁴¹¹ Pirlot, G. (2012). Le complexe de la mère morte... Textes, conférences et dossiers. Visages des mères. SPP

⁴¹² Green, A. (2009). L'aventure du négatif. Lectures psychanalytiques d'Henry James. Paris : Hermann

⁴¹³ Corcos, M. (2015). Ibid. p.269

⁴¹⁴ Baranova, Y. (2015). L'anorexie mélancolique : vers une métapsychologie de grandir. Paris : Edilivre

2.1.5 La séduction à l'origine : le renversement laplanchien

Nous venons de le noter : nos premières expériences de vie sont inévitablement douloureuses et s'en échapper demande toujours l'intervention d'un autre susceptible de nous apporter tout un panel de soins spécifiques (telle que la séduction maternelle précoce) sans lesquels il nous serait impossible de survivre. Et quand bien même les indispensables soins nourriciers inhérents à l'émergence d'un certain désir de vivre auraient été appliqués avec la bienveillance la plus délicate qui soit, la rencontre de l'infans avec l'inconscient sexuel de l'adulte est rarement dépourvue de conséquences traumatiques, S. Ferenczi l'avait bien compris. Il en explique d'ailleurs les raisons dans son célèbre ouvrage de 1932 *Confusion des langues entre les adultes et les enfants*. Officiellement déjà désapprouvé à cette époque par le père de la psychanalyse, l'histoire raconte qu'une telle publication théorique n'aurait pas laissé S. Freud indifférent. En effet, contraint d'abandonner sa neurotica en 1897 (*lettre 52* envoyée à son ami Fliess) pour garder une cohérence avec ses nouvelles théories, il abandonne l'idée d'une séduction réelle qui justifiait pourtant jusqu'ici l'étiologie de l'hystérie. Selon J. Laplanche, S. Freud aurait ainsi « jeté le bébé avec l'eau du bain »⁴¹⁵. Les théories freudiennes « post - neurotica » s'accorderont désormais autour d'une nouvelle donnée centrale chez S. Freud : la scène de séduction s'inscrit dans les fantasmes originaires (originaire au sens mythique ; sens différent chez J. Laplanche). Dans les années 1930, la rivalité entre le père de la psychanalyse et ses disciples (O. Rank et G. Jung pour ne citer qu'eux) est à son comble. Certains détracteurs ont alors pu voir à la sortie du texte de S. Ferenczi un pied de nez fait à S. Freud. Mais n'oublions pas qu'en 1932, tous les psychanalystes ne connaissaient pas forcément la chronologie freudienne, encore moins la *lettre 52*, que S. Freud lui-même pensait perdue.

Dans *Confusions de langues*, véritable préface de « la séduction généralisée » développée par J. Laplanche, S. Ferenczi décrit des concepts célèbres de la psychanalyse comme « l'identification à l'agresseur » (repris plus tard par A. Freud). De l'amour passionné aux punitions passionnelles, S. Ferenczi décrit tout au long de son article les différentes sortes de violences infligées aux enfants par le biais de la folie des adultes. Par son concept de « terrorisme de la souffrance », S. Ferenczi met en lumière de façon avant-gardiste une évidence aujourd'hui irréfutable : qu'il est ô combien difficile pour un enfant d'être obligé de s'occuper, de soigner et de porter et de supporter l'un de ses parents psychiquement endommagé. Au-delà de ses brillantes intuitions, probablement issues de ses observations contre-transférentielles, S. Ferenczi réhabilitera surtout le caractère réelle de la séduction de l'adulte sur l'enfant, réhabilitation qui lui permettra d'étayer ses théories sur les traumatismes infantiles. La séduction pour S. Ferenczi s'observerait ici dans la réalité et s'avérerait incestueuse dès lors que les jeux d'enfants dont le seul but est la tendresse prendraient une forme érotique. Citons-le :

« Ils⁴¹⁶ confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle, et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux

⁴¹⁵ Laplanche, J. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Enfances & Psy*, n°<sup>17), 9-16.

⁴¹⁶ Ils : Les adultes (J. Laplanche souligne que Ferenczi, comme Freud, oublie d'inclure la dimension inconsciente de l'adulte lorsqu'il décrit le « monde adulte » préférant parler de « langage de passion ». Réf : Nouveaux fondements de la psychanalyse. p.101)

conséquences . De véritables viols de fillettes, à peine sortie de la première enfance [...] sont fréquents. Leur premier mouvement serait le refus, la haine, le dégoût, une résistance violente : « Non, non, je ne veux pas, c'est trop fort, ça me fait mal, laisse-moi »⁴¹⁷.

La « séduction réelle », celle de l'expérience de la réalité, est pour J. Laplanche une rencontre dissymétrique qui implique toujours un enfant et un adulte. Cette dissymétrie entre l'enfant et l'adulte est la « situation originaire », situation de confrontation du nouveau-né avec le monde de l'adulte (relation enfant-adulte). Notons ici que le terme d'originaire prend un autre sens chez J. Laplanche. L'originaire ici se délecte du « fantoche de la préhistoire ». Pour l'auteur, il ne s'agit donc pas d'un mythe fondateur implanté dans l'inconscient inné du bébé, mais un lien au temps, celui de l'origine, du point de départ : la naissance. Reprenons au point de départ de la pensée de J. Laplanche, à l'origine.

C'est en s'appuyant sur son deuxième travail, celui de traducteur et non sur celui de viticole, que J. Laplanche tire sa brillante théorie de la séduction généralisée (TSG) pour rendre compte de la sexualité humaine. En effet, J. Laplanche a passé un temps précieux à traduire S. Freud de l'allemand au français, à traduire « le message freudien »⁴¹⁸, pour nous offrir aujourd'hui la théorie qui solidifie les manques des fondements de la psychanalyse. Balayant l'universalité du complexe d'Œdipe, redonnant à l'originaire son caractère concret, J. Laplanche présente la séduction comme la *situation anthropologique fondamentale*, situation à laquelle aucun être humain ne pourrait échapper (contrairement à l'œdipe patriarcal, notamment au regard des familles de nos sociétés contemporaines ou des sociétés sans père, tel que les Na de Chine, société où il n'y a pas de père, où « il n'est pas connu ni reconnu et il ne peut donc pas être interdit »⁴¹⁹). La TSG semble incontournable car elle réaffirme la sexualité comme l'organisateur fondamental de la vie psychique. Elle s'articule principalement sur deux éléments :

- la situation anthropologique fondamentale (SAF)
- l'hypothèse traductive du refoulement

La séduction est donc une rencontre, une confrontation hétérogène entre l'adulte et le petit enfant, seule situation universelle de l'expérience humaine, partagée par toute l'humanité, quelle que soit l'époque, quelle que soit la culture. J. Laplanche, lecteur passionné de phénoménologie et d'anthropologie, construit ainsi sa théorie en observant le monde dans son entièreté afin d'accéder au plus près de la complexité du vivant. Il défend d'ailleurs l'idée que *l'Observation directe* est une source d'enrichissement pour les psychanalystes, idée absolument pas partagée par son complice A. Green qui considère à contrario que l'observation est une *psychologie fermée*.

Admirateur et respectueux de S. Freud, J. Laplanche ne tire de lui que « le meilleur de lui-même » et tente d'apporter une suite à des fondements qui ne demandent qu'à être poursuivis, remis en question, en problème et en critique. Il n'hésite donc pas à souligner ses « fourvoiements » et à retraduire en français de précieux concepts initialement mal commentés par d'autres interprètes.

⁴¹⁷ Ferenczi, S. (1932). Confusion des langues entre les adultes et l'enfant (éd 2004). Paris : Payot p.43

⁴¹⁸ Dejourn, C. (2012). Hommage à Jean Laplanche. *Psychologie Clinique*, 34, 243-246.

⁴¹⁹ Braconnier, A. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Le Carnet PSY*, 70(2), 26-33. doi:10.3917/lcp.070.0026.

Nouveaux fondements de la psychanalyse est donc l'ouvrage dans lequel J. Laplanche met en problème (à la suite de la série *Problématiques*) et ébranle les fondements de la psychanalyse et les concepts freudiens. Au-delà de repenser les notions tels que *le biologisme, le phylogénétique, l'originnaire*, il nomme « Fondements » le chapitre à travers lequel il définira et argumentera sa théorie de la séduction généralisée. Pour commencer, il redéfinit l'originnaire, nous l'avons vu, et décrit les deux protagonistes de le SAF de façon distincte. En effet, pour J. Laplanche, l'enfant et l'adulte se distinguent par un élément fondamental : la dimension de l'inconscient. Il décrit l'enfant comme un *individu bio-psychique, ouvert au monde* (et non fermé comme la plupart des psychanalystes le prétendent), *pourvu de montages régulateurs mais cependant désadapté* car facilement « déviable » (au regard de l'*Hilflosigkeit*). A l'inverse, il fait de l'adulte le protagoniste pourvu d'une dimension inconsciente, capable de *Fehlleistungen*, c'est-à-dire d'opération manquée (nouvelle voie royale pour accéder à l'inconscient au détriment du rêve ?). Laissons J. Laplanche nous expliquer :

« L'originnaire c'est donc un enfant dont les comportements adaptatifs, existants mais imparfaits, débiles, sont tout prêts à se laisser dévier, et c'est un adulte déviant, déviant par rapport à toute norme quant à la sexualité, et je dirais même déviant par rapport à lui-même, dans son propre clivage. [...] ici, il y a un séducteur et un séduit, un déviateur et un dévié, conduit hors de voies naturelles.»⁴²⁰

Au-delà des fourvoiements déjà rappelés dans ce travail, il semble important de souligner une chose : le fourvoiement biologisant laplanchien ne remettrait pas en cause la constitution biologique de l'être humain, considéré bien évidemment par J. Laplanche le médecin comme un « être psycho-biologique ». Le fourvoiement serait ici à comprendre comme un « fourvoiement innéiste » dans lequel le caractère *inné* de l'inconscient défendu par S. Freud serait une erreur. Il rajoute à ce propos : « pour moi, l'idée de fantasmes originaires est un fourvoiement de Freud. Je veux dire l'idée des fantasmes originaires héréditaires, inscrits dans la phylogénèse »⁴²¹.

La théorie de la séduction freudienne, appelée *la séduction restreinte* par J. Laplanche, connaît comme toutes les théories ses forces et ses faiblesses. Avant 1897, rappelons que S. Freud insistait allégrement sur le caractère réel de la séduction, notamment pour justifier l'étiologie de l'hystérie, nous l'avons vu. Mais pour chaque hystérique, il fallait trouver un père pervers, agresseur et séducteur, « le père de l'hystérique », ce qui aurait peut-être conduit Freud à devoir développer une théorie sur les « perversions paternelles ». Pouvons-nous voir ici un premier refoulement ? M. Schneider nous le rappelle : « il fallait accuser les pères »⁴²².

Retenons en points faibles deux modalités, l'une *restrictive* et l'autre *pathologique*. Pour S. Freud, la scène est vécue par l'enfant comme une expérience sexuelle prématurée. L'adulte agresseur est quant à lui un pervers « déviant quant à l'objet et déviant quant au but »⁴²³. J. Laplanche parle ainsi de « restrictive » car le *phénomène séductif* n'est pas

⁴²⁰ Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Puf p. 103

⁴²¹ Braconnier, A. (2002). Entretien avec Jean Laplanche.

⁴²² Schneider, M. (2012). La transmission disjointe. *Revue française de psychosomatique*, 42, 101-116.

⁴²³ Laplanche, J. (1987). p.108

questionné. Par « pathologique », il souligne que tout est analysé en terme d'agressions perverses d'un adulte sur un enfant (le père le plus souvent).

Cependant, la *séduction restreinte* connaît des forces toujours d'actualité, notamment grâce aux notions d'*après-coup* et de *passivité*. Pour rappel, l'après coup signifie pour Freud que rien ne peut s'inscrire dans l'inconscient lors de la première scène : c'est le temps de l'effroi où l'enfant est confronté à une scène dépourvue de sens pourtant hautement significative sur le plan sexuel. Le souvenir restera alors en suspens mais par reviviscence deviendra pathogène lors d'une deuxième scène ultérieure. Ce n'est donc pas le deuxième temps qui fera trauma mais le souvenir en tant que tel. Nous y reviendrons.

Quant à *la passivité*, nous en avons déjà longuement parlé dans ce travail mais J. Laplanche apporte un nouvel élément important dans l'organisation actif-passif. En effet, dans son élaboration de la TSG, J. Laplanche réorganise le couple actif-passif au regard de la philosophie cartésienne qui, avec R. Descartes, B. Spinoza et G.W Leibniz, commente la relation intersubjective active-passive en rapport avec la relation entre des créatures et Dieu (dans son rapport aux relations de causes à effet et à la perfection au sens de gradation). Il serait alors plus difficile au regard des *Nouveaux fondements* de dire qui serait totalement passif ou actif dans les situations de séduction si l'on considère la pulsion comme un morceau d'activité. Le bébé mangerait-il alors le sein de sa mère de façon passive ? Avec Laplanche, on retiendra que le sujet actif est celui qui possède quelque chose « en plus » : plus de contenu, plus de signification, plus de message, autrement dit, l'inconscient et sa possibilité de former des compromis (lapsus..).

La TSG a donc le mérite de reprendre ce que Freud avait délaissé en 1897 en y apportant le caractère « séductif » fondamental de la situation originaire. Le couple actif-passif soutiendrait alors l'idée d'une confrontation dyssymétrique dans laquelle l'adulte posséderait un psychisme « plus » riche que celui de l'enfant. Mais contrairement aux cartésiens, le « plus » n'est pas en lien avec « plus » de perfection mais peut se penser en terme d'*infirmité* : « son clivage avec son inconscient »⁴²⁴.

Retenons que la rencontre originaire serait une confrontation, une « situation anthropologique fondamentale »⁴²⁵ où s'entremêleraient messages énigmatiques non traduits et de sidération. La séduction originaire est en effet « une situation fondamentale où l'adulte propose à l'enfant des signifiants non verbaux aussi bien que verbaux, voire comportementaux, imprégnés de significations sexuelles inconscientes »⁴²⁶. Le terme d'énigmatique s'entend ici pour Laplanche en terme de « compromis ». En effet, pour l'auteur, les messages que l'adulte envoie à l'enfant dans la séduction est énigmatique car compromis par l'inconscient. Ainsi, J. Laplanche rappelle qu'il n'y a pas de message inconscient totalement pur. Tous les messages de l'adulte seraient des messages conscients mais compromis par l'inconscient. C'est pour cela que la TSG repose sur deux piliers dont celui de la traduction. C'est le deuxième élément : l'hypothèse traductif du refoulement.

⁴²⁴ Ibid., p.125

⁴²⁵ Ibid., p.125

⁴²⁶ Ibid., p.125

J. Laplanche met donc en évidence le primat de l'autre dans la formation de l'âme humaine. La relation déséquilibrée entre l'adulte qui apporte des soins nourriciers et l'enfant qui les reçoit, implique dans le sillon de la communication des messages compromis par le sexuel de l'adulte. Cette intervention inhérente à la relation enfant-adulte implique cependant une exigence de traduction. Cette traduction des messages énigmatiques dépend désormais du « génie » de l'enfant qui devient malgré lui un herméneute. Mais si bien même que l'enfant se lancerait dans une tentative de symbolisation, en vue de maîtriser l'excitation provoquée par la séduction, la traduction ne serait de toute évidence que partielle du fait que l'enfant ne possède pas les moyens adéquats pour mener à bien une telle entreprise. J. Laplanche note que ce sont les résidus de cette traduction relative qui formeront le noyau de l'inconscient. En effet, les messages qui n'auront pas pu être suffisamment métabolisés seront refoulés et à l'origine du noyau constitutif de l'inconscient de l'enfant (nous sommes donc loin des théories phylogénétiques). Ces messages issus de la séduction sont infiltrés par le sexuel et possèdent donc un pouvoir existant : c'est en cela que la traduction est exigée. Pour J. Laplanche, tous les messages sont « partiellement traduits et partiellement refoulés »⁴²⁷.

C'est ainsi que l'inconscient humain se formerait, par l'intervention extérieure d'un autre, de la même façon que pour la sexualité, qui sera implantée dans le corps de l'enfant par l'entreprise séductrice d'un autre, adulte. J. Laplanche définit en effet une « séduction traductive/refoulante »⁴²⁸ qu'il nomme implantation. Il la distingue dans son article *Intromission et implantation* d'une séduction violente qu'il nomme *intromission*. L'implantation que J. Laplanche décrit fait écho au fait « d'introduire » pour « faire se développer », contrairement à l'intromission où la dimension du développement est absente car il s'agit d'un processus qui « met à l'intérieur un élément rebelle à toute métabole » issu de la folie d'un agent exogène, l'adulte.

Pour J. Laplanche, « l'être humain est et ne cesse d'être un être auto-traduisant et auto-théorisant. Le refoulement originaire n'est que le premier fondateur d'un processus qui dure toute la vie »⁴²⁹. Mais nous verrons que la séduction s'inscrit de façon fondamentale dans l'organisation de la psyché humaine, des « accidents de la séduction » peuvent exister et provoquer une effraction traumatique, qui se transformerait après coup en « narcissisme de mort »⁴³⁰ (haine de soi). En effet, une séduction violente et sans limite peut s'avérer traumatique et se confondre au-delà de la séduction sexuelle en une séduction narcissique, séduction où l'enfant se retrouverait « au service du narcissisme d'un parent »⁴³¹.

⁴²⁷ Laplanche, J. (1994). La psychanalyse comme antiherméneutique. In J. Laplanche. *Entre séduction et inspiration: l'homme* (éd 1999). Paris: Puf p.243

⁴²⁸ Laplanche, J. (2008). *La révolution copernicienne inachevée*. Paris : Puf

⁴²⁹ Ibid., p.129

⁴³⁰ Dejours, C. (2013). L'inné et l'acquis: La cohabitation entre l'infantile (pulsionnel) et le pubertaire (instinctuel). *Le Carnet PSY*, 173, 37-41.

⁴³¹ Defontaine, J. (2002). L'incestuel dans les familles. *Revue française de psychanalyse*, 66, 179-196.

2.1.6 Les folies paternelles et la monstruosité sexuelle de l'homme

L'abandon de la neurotica par S. Freud au bénéfice d'une « surestimation du fantasme »⁴³², pour reprendre l'expression de S. Ferenczi, a certainement contribué selon M. Schneider à renforcer le clivage entre les supposées fonctions du maternel et du paternel (de la tendresse à la loi) véhiculées dans les sociétés patriarcales. Mais en oubliant d'associer les testicules au pénis, et de faire du phallus le symbole de la verticalité et de la puissance politique, la psychanalyse freudienne et lacanienne auraient-elles négligé – refoulé ? – une partie du destin masculin ? Et ainsi, amputé à ce dernier son caractère de fécondité ? Au même titre que les pères ont été préservés par S. Freud après 1897 de leur réel statut d'agresseur, il semblerait qu'un autre « secret » aurait été mis sous silence. Pour M. Schneider, le pénis aurait certainement perdu de sa puissance s'il avait été associé aux testicules. Cela aurait-il dévoilé la vulnérabilité de l'homme ? Elle écrit en tout cas que « le danger attaché à la possession des testicules est lié non à l'accession de soi au pouvoir mais au champ de la fécondité »⁴³³. Accéder à la fécondité serait alors considéré comme une faille du féminin ? Le devenir *homme* s'organiserait selon l'auteure autour d'une double fonction distincte, opposée, voire incompatible : devenir le chef garant de la loi et du commandement ; assurer la féconde procréation. M. Schneider nous rappelle en tout cas que l'étymologie latine sépare également les fonctions citées ci-dessus en utilisant deux termes. Sont en effet appelés *paters* les hommes qui incarneraient une position de pouvoir et sont appelés *proletarii* les hommes qui assureraient l'activité de fécondité. On entend ici la domination du *paters* sur le *proletarii*, du pouvoir sur la fécondité, de la domination sur le prolétariat, argument de plus qui viendrait renforcer le caractère dyssymétrique de la différence des sexes, non plus dans une dimension anatomique mais dans une dimension fonctionnelle (pour rappel, l'anatomie est pour S. Freud « le destin » qui scelle de façon objective les différents rôles masculin-féminin). L'anthropologue F. Héritier indique ainsi que « ce n'est pas le sexe, mais la fécondité qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin, et la domination masculine [...] est fondamentalement le contrôle, l'appropriation de la fécondité de la femme, au moment où celle-ci est féconde »⁴³⁴.

L'oubli testiculaire ferait donc faire à S. Freud l'économie de la fragilité masculine que représente « les bourses », signifiant qu'il compare à des « œufs »⁴³⁵ dans son ouvrage de 1923 *La vie sexuelle*. Dans une conception psychanalytique classique, le pénis reste donc le seul représentant de l'appareil génital masculin et porte à lui seul le symbole de la supériorité et de la virilité. Nous pouvons ainsi noter avec M. Schneider un « fourvoiement » freudien supplémentaire qui ferait l'impasse sur une vulnérabilité fondamentale si caractéristique de la sexualité du masculin, loin de constituer au regard de la réalité l'avatar viril de la protection familiale. Bien au contraire, la sexualité de l'homme semble aussi pouvoir se lire selon P. Fédida comme « une sexualité vulgaire », « douloureuse » et « monstrueuse »⁴³⁶, agent principal de la séduction intrusive et

⁴³² Freud, S., Ferenczi, S. (1996). Correspondance, 1920-1933, les années douloureuses. Paris : Calmann-Levy. p.278

⁴³³ Schneider, M. (2011). Ibid.

⁴³⁴ Héritier, F. (1996). Masculin/Féminin. La pensée de la différence. Paris : Odile Jacob. p.230

⁴³⁵ Freud, S. (1923). L'Organisation génitale infantile, in *La Vie sexuelle* (éd 1969). Paris : Puf. p.26

⁴³⁶ Fédida, P. (2008). « Lolita » de Vladimir Nabokov. *Adolescence*, 262, 301-321.

effractrice selon J. Schaeffer et tant d'autres psychanalystes dégagés de la misogynie psychanalytique.

La psychanalyse ne s'est pas privée de faire le procès des mères, dénonçant ainsi leurs « toute-puissance abusives, surprotectrices »⁴³⁷. Mais que pouvons-nous dire aujourd'hui de la responsabilité des pères sur les origines des souffrances humaines ? Les pères sont-ils uniquement voués à libérer, tel un tiers féérique séparateur, l'enfant de l'horrible mère cannibalique ? La « fonction paternelle » n'aurait donc que pour mission de faire passer l'enfant de la mère au monde intersubjectif et de l'ouvrir au *socius*, et ainsi, contribuer comme dirait S. Freud dans *L'Homme Moïse* au « progrès de la civilisation »⁴³⁸ ?

J. André nous rappelle que le Père, au sens majuscule du terme, est devenu au fil du temps pour la psychanalyse la référence de « l'anti-incestuel », le rempart absolu de la dévorante sexualité maternelle, le représentant de l'ordre symbolique capable de sauver l'enfant du terrible engloutissement vaginal qui le menace. Pourtant, nous l'avons vu, tout n'a pas été si clairement établi. Les « responsabilités » paternelles ont quelque temps cohabité sous la plume de S. Freud aux côtés des folies maternelles. S. Freud soulignait en effet avant 1897 la perversité du père pour justifier l'étiologie de l'hystérie. Et nous l'avons souligné, 30 ans après l'abandon de la neurotica, la position vulnérable de l'enfant et de l'adolescent face à l'adulte sera identifiée par S. Ferenczi comme une relation potentiellement grotesque « d'un couple inégalement assorti »⁴³⁹ et cela, sans distinction particulière entre la mère ou le père. C'est bien ici l'adulte en tant que tel qui est tenu responsable de la confusion des langues et de la violence qu'il exerce sur l'enfant.

A l'instar d'un V. Nabokov qui, à travers son roman *Lolita* publié en 1955 révèle selon M. Corcos la monstruosité de la sexualité de l'homme dans ce qu'elle a de plus « bestiale », « animale », sexualité qui « amène à cette effraction qui ouvre la voie de la morbidité »⁴⁴⁰, la psychanalyse n'a jamais cessé de définir malgré elle, certes timidement et avec beaucoup de résistance, la sexualité masculine comme « diabolique » et « brutale ».

Les hommes seraient-ils alors tous pervers, sadiques et capables de violences sexuelles sur un objet vulnérable ? Dans son ouvrage *King Kong Théorie*, V. Despentès explore la genèse du viol des hommes sur les femmes, viol que l'auteure envisage non pas comme une déviance mais comme un fait social ordinaire et structurant, et qui synthétiserait « un ensemble de croyances fondamentales concernant la virilité »⁴⁴¹. Toute l'obscénité caractéristique de la sexualité de l'homme serait-elle alors un « fait de nature » comme le prétendait « philosophiquement » le Marquis de Sade ? Dans *La philosophie du boudoir*, le marquis certifie en effet l'origine naturelle des passions et défend par conséquent l'idée selon laquelle il serait impossible de penser la cruauté humaine dans une logique de bien ou de mal, cruauté qui ne pourrait que s'envisager comme une simple manifestation de la nature. Il écrit :

⁴³⁷ Schneider, M. (2007). Le procès des mères. *Mouvements*, n°<sup>49), 38-45.

⁴³⁸ Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (éd 1986). Paris : Gallimard p.213

⁴³⁹ Laplanche, J. (1987). *Ibid.* p.108

⁴⁴⁰ Fedida, P. (2008). *Ibid.*

⁴⁴¹ Despentès, V. (2007). *King Kong théorie*. Paris : Grasset

« La cruauté, bien loin d'être un vice, est le premier sentiment qu'imprime en nous la nature ; l'enfant brise son hochet, mord le téton de sa nourrice, étrangle son oiseau, bien avant que d'avoir l'âge de raison »⁴⁴².

La révélation sur la passion des hommes pour les corps loliteens du roman de V. Nabokov ne serait donc une révélation pour personne. Le roman a pourtant subi de sérieuses critiques négatives et a connu de nombreuses censures. Quelle réalité avait-t-on encore à refouler ?

P. Fédida caractérise en tout cas la monstruosité de Humbert le narrateur du roman comme une « monstruosité douloureuse » condamnée à évoluer vers une mélancolie. Il parlera ainsi d'une « monstruosité mélancolique » tant l'objet désiré par le protagoniste serait soumis à l'inéluctable transformation du devenir femme. En effet, cette « monstruosité perverse », qu'il compare à un « fétichisme désespéré », ferait souffrir le corps d'un homme, dégoûté par le corps des femmes mais constamment attiré par le corps loliteen de la fille de son épouse, indéniablement condamné aux modifications grotesques que le temps inflige. P. Fédida nous raconte son point de vue :

« La monstruosité est en fait révélée au narrateur comme la sexualité de l'homme. C'est-à-dire que l'homme prend connaissance de sa propre sexualité comme monstrueuse tandis qu'il s'intéresse à ces corps de jeunes filles, ces corps d'enfants et pas encore femmes, entre enfant et femme, et c'est là que lui apparaît, comme un effet de loupe, quelque chose qui pourrait s'appeler la monstruosité du désir sexuel de l'homme »⁴⁴³.

V. Nabokov, malgré son mépris pour la psychanalyse, aurait selon J. Laplanche soutenu le point de vue freudien selon lequel l'adulte pervers se caractériserait par sa déviance face à l'objet et face au but (définition que l'on retrouve sous la plume de S. Freud en 1905 dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*), déviance qui coïncerait ainsi l'enfant dans l'insupportable piège du tragique, « piège que constitue la confusion des langues entre l'enfant et l'adulte, confusion qui se solde généralement au bénéfice de l'adulte »⁴⁴⁴.

Comme le rappelle J. André et C. Chabert dans leur récent ouvrage *Folies paternelles*, la psychanalyse ne peut se délecter de l'héritage incestueux des pères séducteurs et de leurs conséquences aux allures hystérisiformes. Les auteurs nous rappellent ainsi une confiance longtemps gardée secrète, celle de Sigmund à Wilhem, sur son propre père Jakob. Dans une lettre à son ami, il écrit : « Malheureusement mon propre père a été un de ces pervers et a provoqué l'hystérie de mon frère et de quelques-unes des sœurs plus jeunes »⁴⁴⁵. Le père pervers est lié aux origines, mais libéré des soins maternels inhérents à la séduction nourricière, et donc de la folie inéluctable, la potentielle folie paternelle n'est longtemps restée qu'une folie singulière et isolée. Mais à l'instar de la SAF, ne s'inscrirait-elle pas de façon inévitable dans toutes les relations

⁴⁴² Sade, D.A.F. (1795). La philosophie dans le boudoir. Paris : Folio p.133

⁴⁴³ Fédida, P. (2008). Ibid.

⁴⁴⁴ Hatzfeld, M. (2011). La différence des sexes : quelle différence : Retour sur la phase phallique dans La Relation d'Objet. *Essaim*, 26, 137-152.

⁴⁴⁵ Lettre à Fliess du 8 janvier 1897, soit quelques mois avant l'abandon de la neurotica

enfants-pères, enfants-hommes ? Les folies paternelles seraient alors toutes aussi génériques que les folies maternelles ?

J. André rappelle que la « fonction » paternelle se traduit chez S. Freud comme une mission à ouvrir l'enfant au monde culturel afin de perpétuer un « progrès dans la vie de l'esprit »⁴⁴⁶. Mais l'auteur va plus loin et souligne avant tout que le propre d'une fonction est qu'elle est justement, une *fonction*. Il est de ce fait inévitable que la « fonction paternelle » soit destinée à échouer tant le caractère audacieux d'une telle mission rend ladite fonction irréalisable. Ainsi, la folie à proprement parler du père ne se situerait pas pour J. André du côté de la décevante inévitable défaillance (un bon père restera toujours un *père suffisamment bon*), mais plutôt du côté de l'*incarnation* de la supposée fonction qui ne cherchait que l'admiration au-delà de l'amour inconditionnel. Ainsi, à l'image d'un *Führer* père du petit peuple, la folie paternelle ferait vivre l'*auto-idéalisation* si caractéristique des sujets pathologiquement narcissiques. De ce fait, « fonction et folie paternelles sont comme avers et revers de la même médaille. Comme le sont soins-séductions précoces et folie maternelle »⁴⁴⁷.

Peut-être pouvons-nous alors, à l'instar de K. Fejtö⁴⁴⁸, considérer l'abandon de la neurotica comme une façon pour S. Freud d'inconsciemment innocenter son père sur ses agissements incestueux ? Et que dire sur sa « relation d'emprise » qu'il entretenait avec sa fille Anna, fille au statut particulier que S. Freud lui-même désassignait comme « son Antigone »⁴⁴⁹. Antigone justement, figure Anorexique qui, comme le rappelle G. Raimbault, reste l'avatar « d'une jeune fille à l'aube d'une vie de femme qui défie l'ordre établi »⁴⁵⁰. Si liée à l'histoire d'Œdipe, ce père indéniablement incestueux, la théorie freudienne semble trouver son point de limite, peut-être du fait de solides résistances de S. Freud lui-même.

Si J. Laplanche a « délivré » le complexe d'Œdipe de son statut fondamental et universel, nous devons à C. Chabert une critique sur l'origine de ce mythe. En effet, dans son article *Mon père préfère les blonds*, l'auteure considère que les agissements pédophiliques de Laïos ont joué un rôle fondamental sur le destin de son fils Œdipe, notamment sur son lien incestueux avec sa fille Antigone. Ainsi, C. Chabert écrit :

« On pourrait alors considérer le crime de Laïos comme mythe fondateur, à l'origine des origines, comme référence primordiale dans l'organisation du drame œdipien »⁴⁵¹.

Une théorisation du *père pervers* ne semble jamais avoir vraiment quitté S. Freud. En effet, dans *Totem et Tabou*, soit 15 ans après l'abandon de la neurotica, S. Freud décrit le « père de la horde » comme un père à la fois incestueux envers ses filles et à la fois

⁴⁴⁶ Freud, S. (1939). Ibid., p.218

⁴⁴⁷ André, J. (2020). Introduction: La folie de l'incarnation. Dans : Jacques André éd., *Folies paternelles* (pp. 11-16). Paris : Puf.

⁴⁴⁸ Fejtö, K. (2020). Emprise et toute-puissance paternelle. Dans : Jacques André éd., *Folies paternelles* (pp. 35-52). Paris : Puf

⁴⁴⁹ Houssier, F. (2011). S. Freud et son Antigone : adolescence et liens de mutualité théoriques. *Topique*, 115, 17-32.

⁴⁵⁰ Raimbault, G. (1989). Ibid., p.121

⁴⁵¹ Chabert, C. (1993). *Mon père préfère les blonds*. *Revue française de psychanalyse*, n°<sup>57), 329-342.

admiré, quoique jaloué, par ses fils. Et si le mythe freudien libère les fils de la toute-puissance et l'emprise paternelle par l'acte du meurtre cannibalique, les filles resteront condamnées à la soumission et à la passivité. Dans son article *Emprise et toute puissance paternelle*, K. Fejtö écrit :

« Le père primitif décrit dans Totem et Tabou est bien l'incarnation de la toute-puissance narcissique. Il ne s'interdit rien, ignore la castration, s'accapare toutes les femmes, ses filles comprises, prive ses fils de tout commerce sexuel, n'est contraint par aucune référence morale et ne s'inscrit dans aucune génération ».⁴⁵²

Ainsi, les folies paternelles pourraient se concevoir à travers l'image du père primitif omnipotent, véritable avatar d'un imago paternel archaïque. Les folies des pères, douces et monstrueuses folies narcissiques, semblent trouver leurs origines dans une sauvagerie grotesquement primitive. Le refoulement collectif a semble-t-il une fois de plus permis d'ignorer avec succès ce qui était déjà là, caché sous le poids du tabou ? Possiblement... Mais notons pour conclure que pour C. Chabert, les folies paternelles « seraient alors soumises non plus tant à la castration qu'à une déflagration narcissique, l'envers d'une toute-puissance terrifiante qui égalerait celle prêtée aux mères »⁴⁵³.

2.2 L'adolescence à l'épreuve de l'ordre érotique

2.2.1 L'Adolescence : entre Angoisse, Symptôme et Débordement

Etudier l'AM de l'adolescence, c'est indirectement préciser qu'il existerait une pluralité d'anorexie. Comme l'indique S. Vibert dans son ouvrage *Les anorexies mentales*, il se cache en effet derrière des conduites très stéréotypées « des difficultés psychiques d'une grande variété et d'une extrême complexité »⁴⁵⁴. Ces difficultés spécifiques, que nous avons notées tout au long de ce travail, se retrouvent associées à une particulière problématique de l'adolescence à savoir, *l'adolescence* en tant que telle, période où le sujet humain se retrouve confronté à un profond chamboulement psychique, physique, sexuel et socio-affectif.

En lisant les travaux de P. Jeammet sur l'adolescence, il serait facile de présenter l'aphorisme « L'adolescence, c'est la puberté ! » comme une efficace définition. En effet, l'adolescence semble surtout se caractériser par un mouvement pubertaire plus ou moins précoce dont la durée s'inscrit difficilement dans une temporalité précise. Quoi qu'on en dise, les nombreux travaux de recherches psychanalytiques ont conduit à définir l'adolescence par un « travail psychique » qui consisterait à prendre possession d'un corps subitement devenu sexué sous le primat de la génitalité. En d'autres termes, l'adolescence pourrait s'envisager comme un travail d'organisation ou plutôt de réorganisation après-coup du désordre érotique provoqué par l'effraction pubertaire.

⁴⁵² Fejtö, K. (2020). Ibid.

⁴⁵³ Chabert, C. (2020). Épilogue: Après la bataille. Dans : Jacques André éd., *Folies paternelles* (pp. 127-133). Paris : Puf

⁴⁵⁴ Vibert, S. (2015). Ibid., p130

Comme le souligne R. Roussillon, « nous pouvons parler de travail de l'adolescence »⁴⁵⁵, travail dont la finalité serait « le deuil des imagos parentaux » et le « remaniement de la relation objectale »⁴⁵⁶. Pour M. Emmanuelli, le processus pubertaire impliquerait surtout « une croissance psychique »⁴⁵⁷ dans laquelle l'appareil psychique subirait une forte transformation grâce à la levée de l'immatunité corporelle. La finalité de cette croissance porterait ainsi la vie sexuelle infantile « à sa forme normale définitive »⁴⁵⁸.

Selon F. Richard, l'adolescence serait une confrontation à une « folie pubertaire »⁴⁵⁹ causant par conséquent une violente crise identitaire. Cette folie serait selon l'auteur déclenchée par la difficulté à surmonter la réapparition du complexe d'Œdipe infantile, réveillant par conséquent les représentations incestueuses logées dans l'inconscient. Nous verrons cependant qu'au-delà des représentations œdipiennes, c'est avant tout les messages énigmatiques non traduits hérités des *accidents de séduction* qui vont paradoxalement refaire surface.

Ce besoin vital de s'autonomiser (pour échapper à la proximité incestueuse) provoquerait une véritable « crise identitaire »⁴⁶⁰, crise qui va s'amorcer par l'activation du processus d'individuation, processus de séparation symbolique qui ouvre à la capacité à « être seul »⁴⁶¹. Cette période serait principalement caractérisée par une crise narcissique identificatoire déclenchée par les modifications physiques et somatiques. C'est donc une véritable métamorphose que P. Gutton compare à un « événement traumatique »⁴⁶² provoqué par l'éclosion de « l'instinct pubertaire »⁴⁶³. Nous en reparlerons... Notons cependant que la « crise identitaire » décrite ci-dessus nous permet de mieux intégrer les troubles de l'identité et les troubles de la dépersonnalisation qui sont si fréquents à l'adolescence. Les patients limites semblent en tout cas bien représenter ces personnalités dit « faux self » décrit par D.W. Winnicott.

L'adolescence se caractériserait donc par ce chamboulement qui pourrait s'organiser selon la littérature psychanalytique autour d'un noyau d'angoisse. Pour H. Rodriguez-Tomé, l'angoisse serait en effet le « trait dominant »⁴⁶⁴ de la vie affective de l'adolescence. Elle organiserait ainsi toutes les modifications du rapport à soi, aux autres et au monde.

⁴⁵⁵ Roussillon, R. (1999). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. Dans : International Society for Adolescent Psychiatry éd., *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (pp. 7-23). Paris: Éditions GREUPP.

⁴⁵⁶ Ibid.

⁴⁵⁷ Emmanuelli, M. (2005). Les issues du travail psychique de l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 11, 257-275.

⁴⁵⁸ Freud, S. (1905). Ibid. p.13

⁴⁵⁹ Richard, F. (2001). *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Paris : Dunod.

⁴⁶⁰ Marteaux, A. (2008). « Soi est un autre » : construction et déconstruction identitaires à l'adolescence: L'apport des thérapies narratives. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 183-198.

⁴⁶¹ Winnicott, D.W. (1969). *La capacité d'être seul*. in: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, p.205

⁴⁶² Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris : Puf

⁴⁶³ Gutton P. (1997). Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : M. Perret- Catipovic et F. Ladame (Éds.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Lausanne : Delachaux & Niestlé, pp. 193-212.

⁴⁶⁴ Rodriguez-Tomé, H., Zlotowicz, M., Jacquet, A., Bariaud, F., (1972). Peurs et angoisse à l'adolescence. In: *Enfance*, tome 25, n°3-4, 1972. Peurs et angoisse dans l'enfance et à l'adolescence. pp. 239-307;

L'angoisse est un concept clé de la psychanalyse. S. Freud en fait même « un phénomène fondamental »⁴⁶⁵. Ce que l'on peut retenir de l'héritage freudien, au-delà du fait qu'elle apparaît dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse* très liée à la névrose, c'est le rôle essentiel qu'il lui attribue dans la genèse et le dévoilement de l'appareil psychique. Loin d'être un synonyme de la terreur, S. Freud la définit comme une « réaction au danger »⁴⁶⁶. L'angoisse serait-elle donc un affect d'alerte ?

Dans son célèbre ouvrage de 1925, clairement identifié à l'époque comme une réponse au fils déchu O. Rank et à son livre *Le traumatisme de la naissance*, S. Freud développe toute sa théorie sur l'angoisse (à noter que S. Freud ne contredit pas l'argument rankien sur le traumatisme que provoque la naissance, à savoir l'angoisse de séparation, mais critique les arguments et surtout les supposées responsabilités de cette angoisse dans la formation des névroses). Ainsi, on retrouve dans la traduction française une distinction apportée aux notions de peur, d'effroi et d'angoisse (*Angst* en allemand, peut signifier *angoisse, peur voire effroi*). Retenons pour le moment que l'angoisse, quoi qu'irrationnelle, serait une préparation au danger ; que la peur serait liée à un objet consciemment présent ; que l'effroi serait l'état réactionnel vécu de façon passive face au traumatisme. L'angoisse serait-elle alors induite de façon automatique pour préparer le moi face à l'effroi ? Laissons S. Freud développer son idée :

« L'angoisse est la réaction au danger. Et l'on ne peut s'empêcher de penser que c'est à sa liaison avec l'essence du danger que l'affect d'angoisse doit de pouvoir conquérir une position exceptionnelle dans l'économie psychique. Mais les dangers sont universellement humains, ils concernent tous les individus »⁴⁶⁷.

L'angoisse et le danger semblent ainsi totalement liés. Nous comprenons ainsi que l'angoisse et son affect (même si pour C. Le Guen « l'angoisse est sans conteste un affect »⁴⁶⁸) trouvent leurs sources dans un ancrage somatopsychique. En effet, S. Freud précise que l'angoisse, confrontée au danger, provoquerait une sensation corporelle de déplaisir intense dans certaines zones du corps tel que le cœur et les organes liés à la respiration, sensation interne de douleur qui chercherait à s'extraire hors du corps.

L'angoisse semble pour S. Freud s'originer dans les différents effrois successivement vécus depuis la naissance. L'angoisse s'inscrirait dès les premières expériences infantiles lors des premières sensations de perte et des premières expériences de séparation. La séparation peut s'entendre ici comme le moment où l'enfant se retrouve subitement en dehors de la relation symbiotique avec sa mère, lorsqu'il a le sentiment intrapsychique d'en être séparé. La séparation, (*angoisse des origines ?*), induirait alors une sensation interne de déplaisir qui ne demanderait qu'à s'apaiser. Ainsi l'angoisse se déchargerait⁴⁶⁹ sur les fonctions respiratoires, ce qui ferait pleurer et crier le bébé et indirectement, faire revenir la mère. L'angoisse peut donc s'entrevoir ici comme le signal d'une situation dangereuse, une véritable défense contre l'effroi. Mais à la suite

⁴⁶⁵ Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* (2014 éd). Paris : Payot Ibid, p. 175

⁴⁶⁶ Ibid., p. 191

⁴⁶⁷ Ibid., p. 191

⁴⁶⁸ Le Guen, C. (2005). Des affects à l'angoisse dans l'œuvre freudienne. Dans : Jacques Bouhsira éd., *L'affect* (pp. 11-46). Paris : Puf

⁴⁶⁹ J. Laplanche alerte sur la mauvaise traduction de *Entbindung* qui signifierait plutôt « déclenchement »

de son développement psychoaffectif, le petit humain va rencontrer de nouvelles situations de passivité qui s'incorporeront dans le fond de son être. S. Freud écrit :

« Les états d'affects sont incorporés à la vie psychique à titre de sédiments d'évènements traumatiques très anciens, rappelés dans des situations analogues comme des symboles mnésiques »⁴⁷⁰

S. Freud conceptualise son concept de symptôme en l'associant inévitablement à celui d'*angoisse* (et donc de névrose). Si pour S. Freud, l'angoisse est un symptôme névrotique, il soutient l'idée selon laquelle « toute formation de symptôme ne serait entreprise que pour échapper à l'angoisse »⁴⁷¹. De ce fait, le symptôme serait là pour soustraire le moi d'une situation dangereuse. S. Freud nous offre des exemples simples qui nous permettent de mieux comprendre l'importance de la formation symptomatique chez le névrosé, notamment dans la névrose de contrainte. Imaginons effectivement un agoraphobe abandonné dans une foule, ou un obsessionnel contraint de ne pas pouvoir se laver les mains. Ne ressentiraient-ils pas une sensation d'angoisse insupportable qui les mèneraient probablement à la « crise d'angoisse », à la panique ? Selon, S. Freud, la formation de symptôme éviterait donc l'arrivée de l'angoisse (le signal) et détournerait le danger réel ou supposé. L'inverse pourrait faire vivre au sujet une situation d'effroi semblable à celle de la naissance (ou à un autre traumatisme), situation où le moi se trouverait totalement désarmé face à l'exigence de la pulsion.

En s'appuyant sur le concept d'*Hilflosigkeit* défendu par S. Freud, une « controverse » a fait débat entre *Angoisse du réel* et *Angoisse de pulsion*, débat que J. Laplanche tranche dans *Nouveaux Fondement de la Psychanalyse*. Il pose ainsi la question : qu'est ce qui est en premier chez l'être humain ? L'angoisse du réel, la peur face au danger, ou l'angoisse de pulsion, que l'on retrouve aussi sous le nom d'*angoisse de désirance* (où le danger est l'angoisse elle-même) ? La psychanalyse défend en tout cas l'idée selon laquelle l'angoisse serait un processus interne dans lequel le moi serait aux prises avec la pulsion. Mais S. Freud a offert à l'angoisse du réel une place de choix en lui accordant une origine « au commencement des temps glacières », offrant ainsi au bébé humain une tendance pathologique anxieuse héritée de la phylogénèse pour appréhender le monde et tous ses dangers (même l'angoisse de désirance). Mais en rappelant le contexte de la situation originare en l'illustrant par l'*Hilflosigkeit*, J. Laplanche « exorcise au passage le fantôme de la préhistoire » et nous rappelle que le petit humain serait totalement dépendant de l'autre pour subvenir à ses besoins et faire face à tous les dangers « jusqu'à l'apprentissage de la peur qui est chez lui défaillante »⁴⁷².

Parler d'angoisse, c'est également commencer à aborder la notion de débordement. C'est deux concepts peuvent pour certains commentateurs apparaître comme synonymes, c'est qui ferait de « l'angoisse de débordement » un pléonasme. Mais le débordement semble s'en différencier même s'il se retrouve aux origines de la situation fondamentale. En effet, au regard de l'*Hilflosigkeit*, le nourrisson serait contraint d'appeler à l'aide pour survivre. Pour J. Laplanche, se serait par le débordement de l'excitation interne que le bébé si immature pourrait appeler à l'aide afin de bénéficier du secours de

⁴⁷⁰ Freud, S. (1926). Ibid., p. 157

⁴⁷¹ Ibid., p.181

⁴⁷² Laplanche, J. (1987). Ibid., p.101

l'étranger. Ce serait en effet grâce au « débordement de la bouilloire »⁴⁷³ que la communication enfant-parent pourrait s'établir, grâce aux gestes et aux cris désordonnés initiés par le bébé. Ainsi J. Laplanche attribue au débordement un caractère originaire, celui des premières communications entre l'enfant et l'adulte. Il insiste d'ailleurs sur la direction de sens de cet échange : « la communication va dans le sens enfant-parent, tandis que dans le domaine du sexuel, elle va dans le sens inverse ; si bien que l'enfant évolue de l'adaptation à la sexualité »⁴⁷⁴. Déborder signifierait se risquer au danger intrusif du sexuel ?

Que ce soit avec S. Freud ou J. Laplanche, on retrouve dans leurs écrits le terme d'*überwältigen* que l'on peut traduire par « submerger », « déborder », au sens guerrier du terme. S. Freud parle d'ailleurs d'*Überwältigungspsychose*, « psychose de débordement », pour définir le débordement du moi par les pulsions chez les sujets psychotiques.

Nous pouvons surtout retenir que le débordement serait pour J. Laplanche l'une des deux composantes de l'effroi, ce qui marque ici une première distinction avec l'angoisse. Nous y reviendrons. De ce fait, l'effroi s'organiserait autour de deux modalités conjointes : *l'impréparation* (au sens de la surprise et de l'inattendu) et *le débordement* (au sens de l'*überwältigen*, le débordement guerrier). En tant que traducteur de l'allemand, J. Laplanche nous prévient qu' *überwältigen* peut s'utiliser pour exprimer deux choses : le fait d'être submergé, débordé ; le fait d'être pris de côté, de façon inattendue, comme à la guerre, lorsque le plus puissant se retrouve envahi par la malice d'un adversaire inopiné. L'effroi serait donc une « déroute subjective » où rien ne pourrait se symboliser, se préparer face au débordement. L'angoisse a quant à elle le mérite de marquer le signal et d'assurer un moyen de défense. Mais si l'effroi se retrouve l'agent inhibiteur de l'élaboration psychique, comment se fait-il que le moi se fasse ainsi déborder ? J. Laplanche explique cette « défense cataclysmique » du fait d'un « double débordement »⁴⁷⁵. « Une double scène » serait en effet à l'origine de ce double débordement, deux scènes distinctement séparées par l'adolescence, et donc, en écho à P. Jeammet, par la puberté. La puberté serait donc ce temps des réorganisations qui permet au sujet humain d'acquérir de nouveaux moyens d'élaborations, de traductions, de symbolisations, de représentations... Ce stade psychoaffectif, stage de la génitalité (ou stade génital) offrirait en effet les outils nécessaires de compréhension inhérents à la traduction.

- La première scène, celle de l'enfance soumise aux exigences de la séduction, le sexuel fait irruption, de l'extérieur. Sans capacité de symboliser l'événement, le sexuel, tel un corps étranger s'implante dans un moi impréparé et débordé. Cette épine dans le moi constituera la source de la future pulsion sexuelle.

- La deuxième scène, celle de l'adolescence, tient quelques liens de ressemblance avec la première scène qui retrouve de ce fait son sens sexuel. L'épine déjà implantée, attaque le moi cette fois-ci de l'intérieur. L'impréparation défensive accule le moi qui se retrouve pris de côté, débordé.

J. Laplanche ajoute à ce propos :

⁴⁷³ Ibid., p.97

⁴⁷⁴ Ibid., p.98

⁴⁷⁵ Laplanche, J. (1980). Problématique I. L'angoisse. Paris : Puf p.59

« Il y a bien eu deux temps et pourtant l'un des deux n'a pas pu jouer comme signal pour l'autre. Il n'y a pas eu constitution d'un montage défensif plus ou moins rationnel, plus ou moins maîtrisé, il y a prise du moi à revers, débordement, effroi, et « crise de panique » »⁴⁷⁶.

Pour conclure, J. Laplanche nous rappelle que le couple *effroi-angoisse* serait totalement lié au terme allemand *Angst*, terme qui peut s'entendre dans sa langue originale sous deux aspects : la déstructuration, qui nous renverrait à l'effroi, et à un aspect plus structuré qui nous renverrait à l'angoisse. Et si la crainte semblerait encore plus structurée que l'angoisse, retenons que l'angoisse est « déjà une défense et une préparation contre l'effroi »⁴⁷⁷. Ainsi, J. Laplanche répartit ces deux notions selon le schéma⁴⁷⁸ ci-dessous :

Angoisse	Effroi
<i>Angstbereitschaft</i>	<i>Angstentwicklung</i>
<i>Signal permettant de se défendre contre</i>	<i>Processus non-maîtrisé</i>

2.2.2 Du corps biologique au corps érotique : la subversion libidinale

Comme le sous-entend l'anthropologue M-P. Julien, décrire et écrire le corps, « c'est écrire et décrire les conduites sensori-affectivo-motrices observables dans l'activité humaine »⁴⁷⁹. Le corps humain serait pour l'auteure un corps qui vit, un corps qui bouge, un corps qui sent et qui ressent. Même endormi, soumis aux forces instinctives et pulsionnelles, le corps humain semblerait toujours rester en activité et en mouvement. Selon M-P. Julien, la question du corps devrait de ce fait s'appréhender sur deux versants, « celui des vécus psychiques, saisissables par l'une ou l'autre des techniques analytiques, voire psychanalytiques, connues, ou celui des neurosciences ».⁴⁸⁰ Les neurosciences éclairent en effet les mécanismes complexes de productions hormonales (dopamine, ocytocine, endomorphines) des phénomènes de stimulation et d'inhibition, de sécrétion d'adrénaline et de neurotransmetteurs. Ces deux approches ne peuvent en effet être dissociées et comme le supposent des auteures telles P. Aulagnier ou M. Freud, il existerait différents corps évoluant côte à côte, le « corps psychique »⁴⁸¹, « le corps biologique », « le corps symbolique »...

Cette hypothèse d'une cohabitation entre différentes modalités corporelles est également défendue par C. Dejours, nous l'avons vu. Pour l'auteur, il existerait deux corps, l'un étudié par la biologie, un autre par la psychanalyse, évoluant côte à côte sans

⁴⁷⁶ Ibid., p.60

⁴⁷⁷ Ibid., p.62

⁴⁷⁸ Ibid., p.62

⁴⁷⁹ Julien, M., Rosselin, C. & Warnier, J. (2006). Le corps : matière à décrire. *Corps*, 1, 45-52.

⁴⁸⁰ Ibid.

⁴⁸¹ Aulagnier, P. (1986). Ibid., p.127

parallélisme ni opposition. De ce fait, l'approche de ces deux courants, non pas opposés mais bien complémentaires, ne se référerait pas aux mêmes objets d'investigations, ce qui nous rappelle qu'un sujet humain peut aussi bien être étudié par la biologie que par la psychanalyse. En prenant l'exemple de *la mémoire*, C. Dejours nous indique que la biologie se préoccupe avant tout de ce qui concerne les questions de stockage, c'est-à-dire de la réception de toutes les informations, de leurs traitements et de leurs rappels. La psychanalyse quant à elle, s'interroge et s'intéresse avant tout aux questions de la déformation des souvenirs, en lien avec les affects du sujet, de l'oubli et l'amnésie, toujours dans le souci de placer le sujet au cœur de ses expériences personnelles vécues (et de leurs impacts sur la vie actuelle) conscientes ou inconscientes, mémorisées, refoulées ou oubliées. Selon C. Dejours nous vivons donc « simultanément dans deux corps, respectivement le corps biologique et le corps érotique »⁴⁸². Il n'existerait pas de parallélisme entre ces deux corps mais bel et bien une interdépendance qu'il nomme « dualisme immanent »⁴⁸³. Il existerait ainsi un rapport qui se situerait au niveau de l'engendrement ce qui signifierait que l'un serait à la base de la constitution de l'autre. Le corps érotique relèverait pour l'auteur de l'acquis et se construirait à partir du corps biologique, corps relevant qu'en partie de l'inné, nous en reparlerons.

C. Dejours reprend (dans une démarche laplanchienne) l'idée freudienne de « l'étayage des pulsions », théorie que l'on retrouve dans *Les trois essais*, pour illustrer le processus par lequel le corps érotique émergerait. Ainsi, dans une logique de liaison/déliaison de la fonction physiologique et du sexuel, les deux corps se détacheraient l'un de l'autre pour cohabiter au profit d'un débouché psychique. Le corps érotique se décollerait du corps biologique en se délectant ainsi du déterminisme instinctif. C. Dejours appelle ce processus la *subversion libidinale*, « subversion libidinale des fonctions biologiques au profit de l'économie érotique »⁴⁸⁴. En d'autres termes, la *subversion libidinale* désignerait le processus conduisant le corps physiologique au corps érogène. La pulsion dominerait alors l'instinct et le désir prévaudrait sur le besoin. En fonction de son rapport au monde, les différentes parties du corps, les organes, vont s'ouvrir à l'érogénéité. La sexualité psychique se mettrait ainsi en place en lien avec le développement du corps érotique. La subversion de l'ordre physiologique au profit d'une libidinalisation érotique déterminerait ainsi la genèse du corps érotique qui symboliserait « la lutte menée par le sujet pour construire un ordre psychique grâce auquel il tente de s'affranchir de l'ordre physiologique »⁴⁸⁵. Mais si l'étayage de la pulsion sexuelle sur les fonctions organiques reste pour S. Freud le fait d'un processus endogène qui se suffit à lui-même (fourvoiement biologisant), C. Dejours nous rappelle que la subversion ne peut s'opérer qu'aux dépens du processus de séduction-traduction.

Les apports théoriques de J. Laplanche sur la mise en place de la sexualité nous permettent d'illustrer la notion de subversion libidinale que nous pouvons mettre en lien avec la théorie de la séduction généralisée. J. Laplanche stipule en effet que l'origine de l'appareil psychique sexuel de l'être humain se situe davantage au niveau de « la relation

⁴⁸² Dejours, C. (2001). Ibid., p.15

⁴⁸³ Ibid., p.16

⁴⁸⁴ Ibid., p.17

⁴⁸⁵ Rivals Fotaki, G. (2011). Les dissidences du corps de *Christophe Dejours*. *Revue française de psychosomatique*, 39, 173-179.

interhumaine et non à partir des origines biologiques »⁴⁸⁶. La séduction par l'adulte correspond pour J. Laplanche à un processus inévitable et universel, mais aussi fondateur de la sexualité inconsciente chez l'enfant. De ce fait, le corps érotique ne pourrait émerger sans ce rapport à l'autre tempéré par l'adulte sur l'enfant appelé *séduction*. Cette intervention transformerait l'économie biologique en une économie érotique et détournerait les énergies du premier corps au profit du second, au service de la satisfaction pulsionnelle sexuelle. Le corps biologique subverti donnera alors naissance au corps érotique, libidinal. C. Dejours décrit :

« Tour à tour, différentes parties du corps vont servir de zones érogènes. Ces zones vont être arrachées progressivement à leurs maîtres naturels et primitifs que sont les fonctions physiologiques, pour être peu à peu subverties au profit de la construction de ce qu'on appelle le corps érotique. Grâce à cette édification de la sexualité psychique et du corps érotique, le sujet parvient à s'affranchir partiellement de ses fonctions physiologiques, de ses instincts, de ses comportements automatiques et réflexes, voire de ses rythmes biologiques »⁴⁸⁷.

Répression et subversion pourraient alors selon C. Dejours se penser comme les deux pôles sur lesquels sa théorie est construite. Etayage et subversion pourraient quant à eux se penser comme synonymes, surtout lorsqu'on se réfère à J. Laplanche qui soulignait que « la vérité sur l'étayage, c'est la séduction »⁴⁸⁸. De ce fait, la séduction de l'adulte sur l'enfant conduirait au développement de l'ordre érotique. La séduction au-delà de son caractère universel s'entendrait désormais comme inévitable pour la vie affective et ses plaisirs. Une « séduction dosée » semble cependant inhérente au bon développement psychoaffectif de l'enfant afin d'éviter les glissements qui pourraient s'avérer fatalement traumatiques. En effet, par le sein de la mère, les mains ou le thorax d'un père, c'est tout le corps de l'adulte sexuel qui est engagé dans la relation de séduction et dans la subversion libidinale. Le processus de l'étayage, qui opère à la façon d'une subversion, serait nous l'avons dit pour J. Laplanche et C. Dejours le processus fondateur de la sexualité psychique. Ainsi, un organe tel que la bouche pourrait « s'émanciper » de son caractère primitif (celui de satisfaire la faim) afin de se livrer à la satisfaction des pulsions sexuelles (celle de nourrir le plaisir) à travers différents petits jeux sexuels : embrasser, mordre, sucer... Le sujet humain pourrait dès lors s'affranchir de l'ordre biologique en s'engageant dans l'ordre érotique nécessaire pour se déployer dans son existence. La voie érotique ouvrirait en effet les voies de la vie affective, celle de la vie en soi, car le corps érotique serait pour C. Dejours « le terreau de la subjectivité »⁴⁸⁹.

Selon C. Dejours et des auteurs tels que M. Fain ou P. Marty, l'inné et l'acquis seraient deux modalités existentielles associées à la formation des corps biologique et érotique, deux corps qui ne relèveraient pas d'un dualisme cartésien (qui sépare le corps et l'esprit) mais de celui d'un *dualisme immanent*. C'est donc sans remettre en question le

⁴⁸⁶ Laplanche, J. (1993). Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris : Puf p.17

⁴⁸⁷ Dejours, C. (2001). Ibid., p.16

⁴⁸⁸ Laplanche, J. (1980). Problématique III. La sublimation. Paris : Puf p. 69

⁴⁸⁹ Dejours, C. (2009). Les dissidences du corps. Paris : Payot p.18

monisme du *corps propre* que C. Dejours souligne que le corps biologique, relativement lié à l'inné, ne serait pas totalement autonome à la naissance et nécessiterait par conséquent certains soins nourriciers, nécessaires pour soutenir certaines fonctions vitales. Quant au corps érotique il n'existerait « probablement pas à la naissance »⁴⁹⁰ mais serait le résultat de l'intervention de l'autre humain pourvu d'un inconscient sexuel et dont les soins ne pourront par conséquent se limiter au seul registre strictement hygiéno-diététique. Mais l'émergence de ce deuxième corps ne résulterait pas seulement et simplement de l'intervention de l'autre. Pour C. Dejours, ce sont surtout par l'intermédiaire des petits jeux exercés par, avec et sur le corps de l'enfant que la sexualité infantile pourrait se former, à condition que l'adulte accepte en retour ses petits jeux sans excitation érogène. En effet, C. Dejours nous indique que ces jeux pourraient indirectement exciter l'adulte qui en retour, introduirait la dimension sexuelle au sens propre du terme. La séduction pourrait ainsi s'avérer traumatique car la tendresse nécessaire à l'implantation sexuelle viendrait se confondre en *séduction agie*. Cette folie de l'adulte figerait la pensée de l'enfant qui serait paralysé par l'effroi. C. Dejours nomme ce phénomène les « accidents de la séduction »⁴⁹¹, accidents comparables aux éléments non refoulables que J. Laplanche décrit dans la TSG. Suite à ces accidents, des « zones ou des jeux qui seront proscrits » vont s'inscrire dans l'enfant. De ce fait, si le refoulement des éléments non traduits vont former un inconscient sexuel, les éléments proscrits formeront quant à eux un autre inconscient, clivé du premier, que C. Dejours appelle « inconscient amental ». C. Dejours nous raconte la conséquence de ces accidents :

« A chaque fois qu'il (l'enfant) approche de ces zones, l'enfant est débordé par une sorte de panique qui menace la pérennité du moi. Ces jeux proscrits se marquent désormais dans le corps par des amputations ou plutôt des agénésies du corps érotique. Certains jeux seront donc ultérieurement barrés de l'échange érotique et se traduiront par des accès d'impotence ou de frigidité, à chaque fois que, dans le corps à corps avec l'autre, au cours de la rencontre érotique, ils seront malencontreusement sollicités »⁴⁹².

Pour C. Dejours, la puberté est incontestablement une nouvelle étape de la subversion libidinale. Le chamboulement physiologique entraîne en effet une réorganisation des fonctions biologiques qui tendent à la maturité (seins qui poussent, voix qui mue, sécrétion de sperme ...). Mais à la puberté, le corps érotique est déjà là. Il subit alors un déferlement pubertaire « dans un monde psychique peuplé de fantasmes sexuels »⁴⁹³. Ce deuxième temps de la subversion libidinale se différencie cependant de celui de la petite enfance car certaines zones sont proscrites, nous l'avons dit. De plus, les messages transmis par l'adulte, au-delà de ne plus passer par les soins nourriciers, ne seraient plus énigmatiques. Ils afficheraient au contraire leurs caractères purement sexuels sans détour à travers une séduction agie sous-tendue par les désirs sexuels des adultes venus de tous bords, mais également « par le truchement du cinéma, de la pornographie et de l'exaltation de toutes les formes bigarrées de la sexualité humaine

⁴⁹⁰ Dejours, C. (2013). L'inné et l'acquis: La cohabitation entre l'infantile (pulsionnel) et le pubertaire (instinctuel). *Le Carnet PSY*, 173, 37-41.

⁴⁹¹ Ibid.

⁴⁹² Ibid.

⁴⁹³ Ibid.

adulte, auxquelles notre société convoque les adolescents sans beaucoup de ménagements »⁴⁹⁴.

Ce serait en se confrontant à la « diabolique » sexualité humaine que la subversion à l'adolescence va devoir se réaliser. L'échec de cette deuxième subversion libidinale pourrait alors provoquer le désétayage du corps érotique. Dans ce cas de figure, C. Dejours prévient que l'interruption de la subversion serait comparable à une atroce expérience dans laquelle la subjectivité du sujet pourrait se dérober et laisser place à la paralysie et à la frigidity, « forme cardinale de l'effacement de l'affectivité et de la vie en soi »⁴⁹⁵.

Pour terminer, nous pouvons citer M. Corcos qui nous rappelle l'importance de la libidinalisation dans le processus de subjectivation. En effet, pour l'auteur, « il n'y a pas d'esprit sans corps et pas de corps sans esprit et ce qui les unit est la libido. L'érotique de la pensée est la chair de l'esprit, et le corps est spirituel (grâce) si l'esprit est corporel (charme) »⁴⁹⁶.

2.2.3 La puberté traumatique ou le retour de l'effroi

2.2.3.1 L'effraction pubertaire : entre après-coup et clivage

La sortie de l'enfance conduit inévitablement à l'entrée dans la sexualité, épisode de la découverte des sensations turbulentes et des excitations sensuellement érotiques. Au-delà de ce constat, rappelons que l'adolescence est aussi le temps des désillusions et du deuil des mythes infantiles : insouciance, conte de fées, innocence, vie et amour éternels... Et si le *traumatisme de la naissance* peut se considérer comme l'une des sources de « l'irréductible cruauté humaine »⁴⁹⁷, l'entrée dans l'adolescence pourrait se penser selon des auteurs tel que J. Schaeffer comme un « traumatisme »⁴⁹⁸, le deuxième universel après celui de la naissance. Nous avons en effet déjà indiqué dans ce travail que la puberté était « traumatique en soi »⁴⁹⁹, nous l'avons noté en citant P. Gutton (« événement traumatique »). Trahison, découverte de l'arrière-monde, chamboulements corporels et retours des refoulés, les déceptions et les désillusions ne manquent pas. Comme une seconde naissance qui, comme la première, serait déclenchée par une problématique de perte et de séparation (perte de l'état fœtal et séparation de la mère contenante et nourricière pour le bébé ; perte des contenants corporels et identificatoires, séparation avec l'état de latence et les imagos parentaux pour les adolescents).

⁴⁹⁴ Ibid.

⁴⁹⁵ Dejours, C. (2001). Ibid., p. 154

⁴⁹⁶ Corcos, M. (2021). Ibid., p. 375

⁴⁹⁷ Letondal, J. (2005). Une source méconnue de l'« irréductible » cruauté humaine : le traumatisme de la naissance. *Le Coq-héron*, n^o(sup> 181), 11-27.

⁴⁹⁸ Schaeffer, J. (2007). Peur et conquête du féminin à l'adolescence dans les deux sexes. *Adolescence*, 252, 261-277

⁴⁹⁹ Belamich, G. & Costantino, C. (2011). Effraction pubertaire et ascèses anorexiques : du vécu adolescent à la construction du symptôme. *Cliniques*, 2, 30-47.

Cette phase douloureuse de la vie humaine impliquerait un réaménagement symbolique que R. Levy compare à un « démantèlement »⁵⁰⁰ du système de représentation que l'enfant a pu construire tout au long de sa jeune expérience de vie. Ce démantèlement impliquerait par conséquent le retour des angoisses primitives, de l'agressivité et de l'anéantissement. Les éléments du passé resurgiraient, de façon plus ou moins anarchique. Le corps adolescent deviendrait de ce fait le réceptacle du retour des objets internes plus ou moins bien mentalisés. De ce fait R. Levy pose l'hypothèse que « plus les objets contenantants sont solidement intériorisés, plus la réélaboration de ces angoisses sera facile. Plus les introjections et la trame symbolique tissées au cours de l'enfance sont défailantes, plus ce processus sera turbulent »⁵⁰¹.

Retenons donc qu'il s'agit ici d'un retour, un retour du déjà là, un retour d'objets intériorisés qui va confronter l'adolescent à un travail de réélaboration et de symbolisation inhérent au processus de déconstruction/reconstruction du système de représentation. Mais selon P. Marty, les réaménagements symboliques s'accompagneront inévitablement de certaines failles qu'il nomme les « défauts de mentalisation »⁵⁰² ce qui provoquerait chez l'adolescent un sentiment de perte de soi et de terreur d'exister. La solution du négatif resterait alors une possibilité existentielle, celle de maintenir la souffrance dans une destructivité agie. Ce retour s'inscrit dans le processus d'après coup, théorie temporelle indéniablement liée aux théorisations sur le traumatisme, et ceux, depuis sa théorie de la séduction restreinte. Notons en effet que l'irruption soudaine du pubertaire se manifesterait selon J. Schaeffer comme une « effraction » et comme « un processus d'après coup ». Tout d'abord, rappelons que « l'après coup » est un :

« terme fréquemment employé par Freud en relation avec sa conception de la temporalité et de la causalité psychique : des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement. Elles peuvent alors se voir conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique »⁵⁰³.

Le concept d'après coup va évoluer chez S. Freud lorsque ce dernier « découvrira » et théoriserà la sexualité infantile. On retrouve en effet dans *L'homme au loup* la même définition d'un fonctionnement temporel mais plus séparé par la génitalité pubertaire. L'intégration du fantasme originaire décale en effet le phénomène d'après-coup dans l'histoire de la petite enfance, où le coït de la scène primitive observée trouvera sa « signification » à l'issue d'un rêve 3 ans plus tard. S. Freud écrit : « le rêve confère à l'observation du coït une efficacité après-coup »⁵⁰⁴.

Pourtant, dans son ouvrage *Projet de psychologie scientifique* publié en 1895, S. Freud défendait l'idée selon laquelle le refoulement hystérique ne pouvait avoir lieu que

⁵⁰⁰ Levy, R. (2018). Les transformations à la puberté et leurs retentissements sur le système symbolique. *Revue française de psychanalyse*, 82, 1545-1551.

⁵⁰¹ Ibid.

⁵⁰² Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond

⁵⁰³ Laplanche, J., Pontalis, J-R. (1967). *Ibid.*, p.33

⁵⁰⁴ Freud, S. (1918). A partir de l'histoire infantile d'une névrose. *L'homme au loup* (éd 1990). Paris : Puf p.

lors d'une deuxième scène, celle marquée par le sceau de la puberté et de ses réaménagements psychiques. C'est bien le « retard pubertaire » qui offrirait selon lui la possibilité d'organiser le statut pathogène de la première scène sexuelle, scène de séduction par l'adulte. S. Freud le précise ainsi : « un souvenir est refoulé, qui n'est devenu traumatique qu'après-coup »⁵⁰⁵.

Quant à l'effraction, elle tient son lien direct avec le traumatisme. A la suite de la théorie de la subversion libidinale, J. Schaeffer nous précise que :

« la puberté, dans sa valeur de conquête d'autonomie et de resexualisation des liens, va jouer le rôle d'un après-coup traumatique, et remettre en question les résultats de l'étayage et ceux du refoulement »⁵⁰⁶.

Pour l'auteure, ce serait sous l'effet du bouleversement bio-hormonal que le corps sexué se réveillerait. Cependant, ce corps bouleversé se retrouverait confronté à ce que J. Schaeffer a appelé « effracteur nourricier ». La pulsion ferait ainsi violence sur le moi tout en l'enrichissant. Elle prévient cependant qu'à la puberté, c'est bien le « féminin érotique » qui resurgit et qui fait effraction dans l'appareil psychique. Son surgissement dans les deux sexes, c'est-à-dire pour la fille comme pour le garçon, impliquerait le retour de *l'angoisse de pénétration*. Pour rappel, le travail du féminin dans les deux sexes serait pour J. Schaeffer de « créer la différence des sexes » afin que « le moi accepte l'effraction »⁵⁰⁷.

Pour V. Marinov, ce serait le *corps pubère* qui pourrait à l'adolescence, devenir lui-même « le violeur »⁵⁰⁸, l'agent traumatique.

Pour rappel, un traumatisme désigne une expérience de violence hors norme au cours de laquelle l'intégrité physique et psychique d'un individu, ou d'un groupe, a été menacée. Il peut être perçu comme « un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique »⁵⁰⁹.

Pour S. Freud et la communauté scientifique, le traumatisme peut se penser comme une effraction de l'appareil psychique. Au regard de la métaphore économique de la vésicule vivante que nous propose S. Freud, ce volume sphérique contenu dans une membrane, qu'il appelle le « pare-excitation », filtre les énergies qui viennent de l'extérieur, essentiellement les perceptions. Dans la sphère est contenu le fin et dense réseau des représentations, sur lequel circulent de petites quantités d'énergies. Le pare-excitation a alors pour fonction de filtrer les énergies venant de l'extérieur et de repousser celles qui, dépassant une certaine puissance, peuvent perturber à l'intérieur la circulation des petites quantités d'énergies qui assurent le fonctionnement de l'appareil. Pour ce faire, la membrane est chargée d'énergies positives. Dans le trauma, ce qui va devenir

⁵⁰⁵ Freud, S. (1895). *Projet de psychologie scientifique* (éd 1986). Paris : Puf p.316

⁵⁰⁶ Schaeffer, J. (2013). *Le refus du féminin*. Paris : Puf p.116

⁵⁰⁷ Ibid., p.67

⁵⁰⁸ Marinov, V. (2008). Ibid., p.113

⁵⁰⁹ Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1967). Ibid., p.499

l'image traumatique traverse le pare-excitations et s'incruste à l'intérieur de l'appareil psychique. C'est ce que S. Freud a appelé « l'effraction traumatique ». Ici, le pare-excitations est insuffisamment chargé en énergie positive. Il y a généralement un effet de surprise qui témoigne d'une disproportion entre les possibilités de filtrage du pare-excitations et la violence de l'image traumatique.

Pour J. André, l'adolescence est de toute façon « une histoire d'après coup », après coup qui « brouillerait nos représentations communes du temps »⁵¹⁰. Dans la continuité, M. Benyamin nous rappelle que l'adolescence se caractériserait par le « diphasisme »⁵¹¹ de la sexualité humaine, cet après coup qui va laisser la place au génital. J. André note également que l'après coup serait un moment où les significations connaîtraient une mise en sens. Ces mises en sens, souvent traumatiques, seront ainsi traitées par le refoulement et le compromis symptomatique. Pour J. André, les adolescents sont généralement amenés à consulter en thérapie lorsque le refoulement ne suffit plus à protéger le moi des attaques internes du pulsionnel. Les passages à l'acte sont ainsi fréquents car « la défaillance de refoulement » laisserait place au clivage.

T. Bokanowski nous rappelle que S. Ferenczi a « découvert l'importance du trauma comme conséquence traumatique des traumatismes primaires »⁵¹². Il soulignera après S. Freud toute l'importance de la capacité destructrice du trauma sur l'organisation psychique. Dans *Confusion des langues*, il définira le *trauma* comme une « expérience négativante avec l'objet »⁵¹³ qui aura pour conséquence la déchirure de l'âme (« une autodéchirure»), véritable « clivage narcissique »⁵¹⁴ qui modifierait de façon brutale « la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique »⁵¹⁵.

Le clivage trouve une place de choix dans la théorie du trauma malgré le fait qu'il soit toujours autant considéré comme un mécanisme de défense psychotique dans la théorisation lacanienne et kleinienne (on le retrouve avec D.W. Winnicott et O. Kernberg à propos des sujets limites...). Dès les années 1920, le clivage est pourtant avec S. Ferenczi associé à l'organisation du fonctionnement des personnalités dites narcissiques. Véritable précurseur de la clinique des sujets limites, l'illustre J-B. Pontalis n'a pas manqué de souligner son incroyable génie en nous confiant toute sa difficulté à le lire « sans s'émerveiller de sa stupéfiante modernité »⁵¹⁶. Au-delà des louanges, retenons pour la théorie que S. Ferenczi a de façon chronologique associé à la clinique du trauma le clivage comme une séparation corps/esprit : c'est le « clivage somatopsychique ». Au regard de l'effroi vécu par l'enfant, la fragmentation de la psyché pourrait conduire à « un clivage du

⁵¹⁰ André, J. (2009). L'événement et la temporalité. *Revue française de psychanalyse*, 5/2009, p.1292

⁵¹¹ Benyamin, M. (2013). L'après-coup à l'adolescence. Dans : , M. Benyamin, *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence: Approches psychanalytiques et psychosomatiques* (pp. 269-276). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

⁵¹² Bokanowski, T. (2016). Clivage, fragmentation, agonie psychique : la « pensée clinique » de Sándor Ferenczi. *Le Coq-héron*, 224, 110-116.

⁵¹³ Ferenczi, S. (1933). *Ibid.*

⁵¹⁴ *Ibid.*

⁵¹⁵ Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique* (janvier-octobre 1932) (éd 1985). Paris : Payot

⁵¹⁶ Pontalis, J-B. (1974). Bornes ou confins ?, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, no 10, 1974, p. 5-16.

moi ». Enfin, S. Ferenczi théoriserait le « clivage narcissique » pour désigner à la fois la défense et la conséquence du traumatisme précoce, nous l'avons vu.

Au-delà de la clinique du trauma, le clivage semble apparaître pour A. Braconnier comme une « organisation défensive essentielle au processus adolescent »⁵¹⁷. En effet, pour l'auteur, les différents investissements de haine et d'amour sur l'objet pourraient se différencier de l'ambivalence universellement observable chez tous les sujets humains. Ainsi, le « clivage adolescent » serait une stratégie défensive intérieure au déni pour se préserver d'une partie de la réalité (méconnue ou insupportable) au profit d'une autre idéalisée, et qui ferait par conséquent naître des croyances illusoire. A. Braconnier défend l'idée selon laquelle ce type de défense révélerait un manque d'amour précoce. En effet, la quête de l'attachement à l'adolescence sur « l'amant », étayage de l'amour à l'objet, répétition de l'attachement du bébé sur l'objet d'amour maternel, n'aurait que pour finalité d'« aimer pour être aimé ». L'être amoureux investi ne serait alors qu'un objet interchangeable, de façon à ce que le rôle principal du roman illusoire soit toujours tenu.

Pour terminer, rappelons que l'adolescence est aussi le temps du retour de la subversion libidinale et par conséquent, du retour des accidents de la séduction et des messages non-refoulés déposés dans l'enclave de l'inconscient amental. En 1986, C. Dejours a ouvert la voie vers une nouvelle topique, *la troisième topique*, encore appelée *la topique du clivage* (Topique développée dans *Le corps entre biologie et psychanalyse*⁵¹⁸). L'hypothèse d'un inconscient amental, d'abord appelé *inconscient primaire* (puis renommé par J. Laplanche en 2007 par *inconscient enclavé*) a donc émergé dans la clinique des sujets non-névrosés rencontrés en psychosomatique. L'inconscient amental, en référence à l'état d'*amentia*⁵¹⁹ décrit par T. Meynert (c'est-à-dire *sans pensée*), se formerait à la suite d'une violente séduction d'un parent sur la pensée de l'enfant. C. Dejours nous raconte :

« Lorsque, en réponse à la séduction exercée par l'adulte sur le corps de l'enfant, l'activité de pensée de ce dernier déclenche la violence de l'adulte, la pensée de l'enfant s'arrête. Faute de pensée, il ne peut pas y avoir de refoulement originaire (qui suppose un message de l'adulte, une énigme -pensée- par l'enfant, un travail -de la pensée- de traduction et un résidu non traduit, selon la théorie de la séduction de Laplanche)»⁵²⁰.

Nous savons en effet depuis J. Laplanche que les résidus des éléments des messages non traduits issus de la séduction vont former l'inconscient sexuel (encore appelé l'inconscient dynamique ou refoulé). C. Dejours va donc plus loin et défend l'idée que l'enfant en situation d'effroi ne serait plus capable de penser et de traduire, coincé dans son traumatisme au sens propre du terme, celui décrit par S. Ferenczi dans *Confusion des langues*. La traduction n'étant pas possible, le refoulement n'a pas sa place au sens strict du terme. Par conséquent, en lieu d'un inconscient sexuel se formerait l'inconscient

⁵¹⁷ Braconnier, A. (2006). Questions sur les processus de clivage à l'adolescence. Le Carnet PSY, 112, 42-43.

⁵¹⁸ Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Payot

⁵¹⁹ Meynert T. (1867) : « Der Bau der Großhirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten, nebst einem patho -loisch-anatomischen Korollarium ». Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, 1867-1868, 1: 77-93, 126-170, 198-217; 2: 88-113.

⁵²⁰ Dejours, C. (2001). *Ibid.*, p.85

amental, nous l'avons noté. L'inconscient amental ne pourrait donc pas s'observer à la lumière des retours du refoulé (lapses, rêves, actes manqués...) mais par la rupture de continuité du moi qui provoquerait une crise identitaire. L'irruption de l'inconscient amental entraînerait ainsi le sujet dans une perte de contact avec son *corps propre* à cause d'une *déstabilisation du clivage*⁵²¹ provoquée par une angoisse que C. Dejours appelle « l'angoisse de décrocher »⁵²².

Le clivage décrit par C. Dejours pour séparer les deux inconscients ne peut cependant pas s'envisager ici en terme de défense mais plutôt comme le « résultat d'une topologie »⁵²³. Ainsi cette troisième topique (topique du clivage) propose de concevoir le clivage comme une banalité car il serait présent chez presque tous les sujets humains. De ce fait, la plupart des individus, dociles au préalable, pourraient posséder au fond de leur inconscient non sexuel les éléments nécessaires pour manifester à travers le passage à l'acte une destructivité sans limite...

2.2.3.2 L'anorexie mentale au regard de la théorie du trauma

L'anorexie mentale ferait-elle suite à un traumatisme ? Il est en tout cas fréquent de trouver dans la littérature un nombre important de papiers soulignant l'événement traumatique dans l'organisation des troubles de conduites alimentaires. En effet, la prévalence des précédents traumatiques dans les TCA pourrait aller de « 37% à 100 % »⁵²⁴.

Selon J.L Nandrino⁵²⁵, les recherches scientifiques au sens large du terme, c'est-à-dire au-delà de ses différentes spécificités, conduisent généralement à des conclusions qui stipulent que les incidents traumatiques, notamment sexuels, provoqueraient dans l'après coup des TCA, notamment à l'adolescence.

Selon C. Fairburn⁵²⁶, l'exposition à des « événements indésirables » serait l'un des principaux facteurs de risque de l'AM mais ne suffirait pas à expliquer l'apparition du TCA. En effet, l'auteur démontre que le taux de prévalence d'un traumatisme dans l'anorexie mentale ou la boulimie serait comparable à ceux étudiés dans d'autres psychopathologies psychiatriques. En effet, une étude menée par V. Folsom⁵²⁷ démontre que le pourcentage

⁵²¹ Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. Paris : Le carnet psy, Mai 2008- N°26

⁵²² Dejours, C. (2006). Le rêve : révélateur ou architecte de l'inconscient ? In Psychiatrie Française, 37, 7-28

⁵²³ Dejours, C. (2017). Troisième topique et analyse de la destructivité. Le Carnet PSY, 206, 42-49.

⁵²⁴ Barbier, D. & Roy, I. (2016). 9. Traumatisme psychique et troubles du comportement alimentaire: Thérapies spécifiques. Dans : Sophie Criquillion éd., *Anorexie, boulimie: Nouveaux concepts, nouvelles approches* (pp. 79-88). Cachan: Lavoisier.

⁵²⁵ Nandrino, J. (2015). Chapitre 1. Traumas, vulnérabilité au stress et anorexie mentale. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 23-56). Paris: Dunod.

⁵²⁶ Fairburn, CG., Cooper, Z., Doll, HA., Welch, SL. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa Three Integrated Case-Control Comparison. Arch Gen Psychiatrie. 1999;56(5):468-476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468

⁵²⁷ Folsom, VL., Krahn, DD., Nairn, K., Gold, LJ., Demitrack, MA., Silk, KR. (1993). L'impact des abus sexuels et physiques sur les troubles de l'alimentation et les symptômes psychiatriques : une comparaison des troubles de

d'agressions sexuelles chez les femmes aux prises avec l'AM serait équivalent à celui observé chez des patientes souffrant de psychopathologies diverses.

Selon la littérature psychanalytique, M. Corcos défend en tout cas l'hypothèse selon laquelle les conduites addictives alimentaires trouveraient leurs origines dans « les traumatismes de la prime enfance »⁵²⁸. L'auteur soutient son idée du dysfonctionnement des relations mère-enfant provoqué par l'insuffisance de présence maternelle. Ce défaut de présence entraînerait ainsi des carences affectives et identificatoires. Le traumatisme ne serait donc pas ici du fait d'une effraction d'un objet intrusif dans l'appareil psychique mais « correspondrait au débordement du moi prématuré par l'excitation générée par l'absence »⁵²⁹.

Comme le souligne V. Marinov, l'Anorexique présente généralement en début de thérapie une personnalité clivée entre deux personnages contradictoires qu'il surnomme « Violence et Clémence »⁵³⁰. Il suppose ainsi que la violence avec laquelle se maltraitent ses patientes serait à la hauteur d'une violence sadique qu'elles auraient potentiellement rencontrée et vécue lors d'un *viol psychique* ou d'un *viol physique*, un viol réel : un viol pédophilique au sens propre du terme. Au-delà du viol physique que la littérature a bien identifié comme l'un des principaux facteurs de risques de l'AM, V. Marinov précise que la présence de Violence, observée par l'effondrement catastrophique du corps, pourrait s'associer à une pénétration sadique anale réellement ou fantasmatiquement vécue. Ainsi, l'amaigrissement pourrait se concevoir comme une défense contre les relations de type *maître-esclave*, du moins comme une tentative de s'extraire des relations perverses que supposent certains rapports dyssymétriques entre l'adulte et l'enfant. V. Marinov fait en tout cas du « viol » un élément central de l'anorexie et de la boulimie. Il écrit :

« La problématique du viol à l'âge prépubère, même si elle n'est pas toujours explicite, est présente, me semble-t-il, chez toutes les anorexiques et boulimiques graves. Il s'agit d'un viol masqué, qui n'implique pas nécessairement une atteinte corporelle. Il est inhérent aux soins et à l'éducation en apparence anodine prodigués à l'enfant »⁵³¹.

Le *viol psychique* que décrit V. Marinov pourrait donc résulter des « accidents de la séduction » décrits par C. Dejours ou du « terrorisme de la souffrance » décrit par S. Ferenczi. En effet, le *viol psychique* pourrait prendre forme lors de situations de maltraitance, de confusion et/ou de *séduction violente* : forçage alimentaire malgré le dégoût de l'aliment ; intérêt de l'adulte pour les zones érogènes de l'enfant lors de la toilette ; invitation de l'enfant dans les confidences sexuelles des adultes... Le *viol psychique* se révélerait ainsi traumatique lors de l'irruption de la sexualité génitale qui apparaîtrait comme « interdite et sale ». V. Marinov soutient en tout cas l'idée que dans l'anorexie mentale, le *viol psychique* fragiliserait « les barrières physiques et psychiques

l'alimentation et des patients hospitalisés en psychiatrie. *Le journal international des troubles de l'alimentation*, 13 3 , 249-57.

⁵²⁸ Corcos, M. (2001). Ibid., p.274

⁵²⁹ Ibid.

⁵³⁰ Marinov, V. (2008). Ibid., p.109

⁵³¹ Marinov, V. (2008). Ibid., p.111

du corps ressenti comme monstrueux »⁵³². La violence de cette soudaine apparition surgirait après-coup, telle une effraction d'un corps étranger interne/externe que l'Anorexique tenterait d'étouffer afin de ne plus être au contact de ses dégoûtants ressentis. Mais qu'il s'agisse d'un *viol réel* ou d'un *viol psychique*, V. Marinov invite le lecteur à l'aborder à travers le concept d'*intromission* que J. Laplanche définit pour rappel comme le résultat d'une *séduction violente*. Contrairement à l'*implantation* (issue d'une séduction traductive et refoulante) l'*intromission* se caractériserait par « une tendance à la confusion entre les diverses instances psychiques et la prépondérance des érotismes prégénitaux »⁵³³.

Pour V. Marinov, la pathologie de l'anorexie mentale résulterait donc d'une « intromission cruelle, qui fait saigner le corps féminin »⁵³⁴. Au-delà de ce constat, il identifie un lien entre l'intromission et l'incorporation, lien étroit qu'il oppose d'un autre côté au lien qu'entretiendraient l'implantation et l'introjection. En effet, au même titre que l'intromission qui annule le mouvement des éléments introduits dans un nouvel espace *psychocorporel*, l'incorporation « impliquerait la destruction » et non le développement des éléments intrapsychiques. V. Marinov va plus loin et nous alerte sur le fait qu'un père trop présent, se substituant par exemple à une défaillance ou absence maternelle, pourrait s'avérer à son tour *défaillant* en imposant malgré lui une violente séduction dans les soins et les jeux partagés avec son enfant. En effet, lorsqu'il serait trop actif dans les soins nourriciers corporels de sa fille encore enfant, ses gestes et ses fantasmes inconscients pourraient transporter dans le sillon de la séduction une sensualité passionnelle dans laquelle son sexe pourrait être ressenti par la fillette comme « une force intromissive, traumatique »⁵³⁵. Ainsi, V. Marinov nous indique que :

« La mise en danger des pare-excitations par l'acte ou le fantasme traumatique d'un sexe masculin hautement énigmatique pour le psychisme et le corps d'une fillette prépubère est le prototype du viol psychique et/ou physique et implique une intromission »⁵³⁶.

Nous pouvons terminer ce chapitre en rappelant que « le corps n'oublie rien »⁵³⁷. Ainsi, les traumatismes vécus pendant l'enfance s'exprimeront de façon plus ou moins bruyante dans l'après coup du pubertaire. L'anorexie mentale de l'adolescence semble en tout cas représenter la violence agie de cette nécessaire mais douloureuse expression.

⁵³² Ibid., p.112

⁵³³ Ibid.

⁵³⁴ Ibid., p. 113

⁵³⁵ Ibid.

⁵³⁶ Ibid.

⁵³⁷ Expression empruntée à B. Van der Kolk.

3 CHAPITRE 3 : PATHOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENCE : DES SPECIFICITES CLINIQUES AUX REPONSES THERAPEUTIQUES

3.1 La traversée mélancolique ou le voyage anorexique

3.1.1 De la dépressivité à la mélancolie

3.1.1.1 La mélancolie aux origines

Nous avons souligné l'hypothèse d'un « destin momentané » qui induirait lexicalement que l'adolescente anorexique se réfugierait dans une « solution anorexique » pour moins souffrir le temps d'un instant ? Serait-il alors possible de penser l'AM comme un accident de parcours, un voyage périlleux qui malgré tout, se caractériserait par une destination finale ?

Comme déjà évoqué ci-dessus, S. Freud n'a que très peu évoqué l'anorexie dans ses écrits. Toujours sous le prisme de l'Hystérie, il en fait un symptôme de conversion lié « à une sexualisation de la fonction alimentaire⁵³⁸ ». Cependant, il fait très tôt de la pathologie alimentaire (notamment boulimique) une expression d'un symptôme d'une névrose d'angoisse ou plutôt, l'expression d'une angoisse rudimentaire insuffisamment élaborée que l'on pourrait entendre à ce jour comme un « trouble anxieux »⁵³⁹. L'appareil psychique, débordé par un trop plein d'excitation sexuelle, serait donc contraint de réguler l'excès de libido via la solution *somatique*⁵⁴⁰. L'origine du conflit ne serait donc pas pour l'auteur à chercher dans l'histoire infantile du sujet mais bien dans le présent de son quotidien (névrose actuelle). Mais au même moment (dans les années 1895), S. Freud va lier l'anorexie à la mélancolie. Pour lui, la mélancolie serait le deuil de la perte de la libido. Il écrit d'ailleurs à propos de l'anorexie des jeunes filles : « Perte d'appétit - dans le domaine sexuel, perte de libido. Peut-être pourrait-on partir de l'idée suivante : la mélancolie est un deuil provoqué par la perte de la libido »⁵⁴¹.

Malgré tout, la recherche entre *mélancolie* et *anorexie* ne sera pas poursuivie, ni par S. Freud, ni par ses proches successeurs. La piste de la problématique hystérique sera effectivement privilégiée malgré les nouveaux apports théoriques apportés par Freud lui-même sur le *narcissisme* (1914) et sur la *pulsion de mort* (1920). Et si Freud fait malgré tout de l'anorexie mentale une *problématique de perte*, la dépression en tant que symptôme s'est rapidement écartée du tableau nosographique du syndrome d'anorexie mentale. Pourtant, le syndrome dépressif reste le plus fréquent des diagnostics comorbides présent chez les patientes anorexiques⁵⁴² et plus de deux tiers des patients

⁵³⁸ Vibert, S. (2015). Les anorexies mentales. Paris : Puf p. 50

⁵³⁹ Petot, D. (2018). L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant. Paris: Dunod. p.61

⁵⁴⁰ Freud, S. (1894). Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un complexe symptomatique sous le nom de « névAlana d'angoisse ». NévAlana, Psychose et Perversion (1985 éd). Paris : Puf p.18

⁵⁴¹ Freud, S. (1895). Manuscrit G, la mélancolie. Naissance de la psychanalyse (1979 éd). Paris : PUF p.93

⁵⁴² Rastam M, Gillberg C, Gillberg IC. Anorexia nervosa 6 years afteronset, part II: comorbid psychiatric problems. *Comprehensiv Psychiatry* 1995;36:70-6.

anorexiques (environ 67%) ont un membre de leur famille ayant vécu dans leur vie un état dépressif⁵⁴³.

Tout d'abord, notons que parler de dépression ou de troubles de l'humeur chez les adolescents est assez récent au-delà du fait que les données épidémiologiques se font rares⁵⁴⁴. Pourtant, 9,6%⁵⁴⁵ des adolescents français pourraient présenter un symptôme correspondant à un état dépressif majeur. Plusieurs raisons viennent expliquer ces indifférences et ces sous-estimations (même si la crise de la covid-19 a permis de mettre à jour la souffrance adolescente). En premier lieu, un adolescent qui va mal semble aux yeux du monde se trouver dans un état banal, voire normal, et de toute façon peu stable (« c'est la crise d'ado, ça va passer... »). De plus, les troubles des conduites, au sens large du terme, sont généralement les moyens par lesquels les « appels à l'aide » ont coutume de passer. Or, ces manifestations, généralement corporellement bruyantes, sont souvent traduites comme des caprices ou le signe d'une appétence pour la délinquance.

3.1.1.2 La dépressivité

Comme le souligne J. Dayan, la psychiatrisation du moindre petit mouvement de tristesse lors de l'adolescence conduit à systématiquement considérer ces faits naturels comme des « figures de la pathologie ». Or, la morosité semble pourtant inhérente à la vie mentale lorsque le mouvement dépressif favoriserait quant à lui la « ré-affection »⁵⁴⁶ des investissements de la vie psychique.

La *dépressivité* est un concept introduit sous la plume de psychanalystes tels que S. Nacht et P-C ; Racamier⁵⁴⁷ pour désigner la « capacité dépressive » à élaborer le deuil inévitable que convoque le travail adolescent. La dépression serait quant à elle l'échec de ce travail d'élaboration, tel un deuil actif mais non réussi.

Pour P. Fédida, au regard de son article *Les biens-faits de la dépression, éloge de la psychothérapie*⁵⁴⁸, la dépressivité serait précieuse pour l'adolescent car « régulatrice du développement individuel »⁵⁴⁹. Proche de la *position dépressive* de M. Klein, P. Fedida accorde à la *dépressivité* une capacité dépressive génératrice de créativité nécessaire pour penser, rêver et agir.

⁵⁴³ Perdereau, F., Godart, N., Jeammet, P. (2002). Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. Comorbidité familiale dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Volume 50, Issue 3, mai 2002, p. 173-182

⁵⁴⁴ Chan Chee, C., Guignon, N., Delmas, M.C, Herbet, J.B., Gonzales, L. (2012). Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *in* *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Volume 60, Numéro 1. Février 2012, p. 31-39

⁵⁴⁵ Ibid.

⁵⁴⁶ Dayan, J. (2011). Dépressivité et dépression à l'adolescence. *Adolescence*, 294, 737-745.

⁵⁴⁷ Darcourt, G. (2010). 45. Psychanalyse et dépression. Dans : Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs* (pp. 383-387). Cachan : Lavoisier.

⁵⁴⁸ Fédida, P. (2001). Les bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie. Paris : Odile Jacob

⁵⁴⁹ Chaboudez, G. (2003). Pierre Fédida : Des bienfaits de la dépression [*]. *Figures de la psychanalyse*, n^o<(sup>8), 144-146.

La vie psychique se confronte en permanence à des conflits, des pertes, des deuils et des séparations qui viennent sans cesse menacer l'équilibre de la « bonne santé mentale ». Elle se construit sur ces menaces et ce serait la « capacité dépressive » qui lui permettrait de les intégrer sans s'effondrer. L'état déprimé, ou la dépression, serait donc l'échec de cette intégration/régulation. L'adolescent, constamment menacé par la dépression, tenterait de s'en protéger comme il le peut pour ne pas être submergé par ses affects anxieux et dépressifs⁵⁵⁰. En d'autres termes, la *dépressivité* protégerait de la dépression, dépression que l'on pourrait entendre ici comme un deuil non réussi.

Pour B. Brusset, la *dépressivité* serait le nouveau mal de notre culture, notamment chez les adolescents. Cliniquement, on pourrait repérer abondamment ces souffrances narcissiques dans les consultations de psychothérapies, souffrances que F. Pasche qualifie de « dépression d'infériorité »⁵⁵¹. Toutes ces déceptions de n'être qu'un petit soi, désillusion de grandeur d'un moi terrifié à l'idée de décevoir son idéal, lui-même incapable de supporter la cadence infernale imposée par la quête de performance de notre temps. *La fatigue d'être soi*⁵⁵², la fatigue de n'être que soi, loin des idéaux fantasmés, conduit de façon inhérente le jeune sujet humain au fracas dépressif que les responsabilités individuelles impliquent.

Pour M. Corcos, la *dépressivité antidépressive* se retrouve au cœur du « problème anorexique ». L'ambiguïté « dépressive-antidépressive » définit effectivement la clinique de l'adolescente souffrant d'anorexie mentale, clinique dans laquelle on observe des conduites toutes aussi morbides que vivantes (au sens de lutter pour la vie). En effet, les symptômes dépressifs tels que la perte de l'estime de soi, l'hyper culpabilité, les idées suicidaires peuvent cohabiter et se juxtaposer à des solutions antidépressives comme l'hyperactivité, l'exaltation et l'auto-sabotage... On ne retrouve cependant aucun signe propre à la manie (euphorie, jeux de mots...) même si certains auteurs peuvent rattacher l'hyperactivité et l'insomnie à un *état maniaque* (l'état maniaque est retrouvé chez 3,4% des patientes qui ont au moins un cas de manie dans leur famille⁵⁵³). Les signes dépressifs s'accordent souvent autour d'une tonalité mélancolique, même si la catatonie mélancolique ne se retrouve jamais. *Le trouble de l'humeur* n'apparaît en tout cas que très rarement au premier plan mais semble malgré tout sous-jacent dans 11,3%⁵⁵⁴ des cas. Ces patientes présentent en général des profils plus aigus (intensité dans les symptômes) et plus sévères (durée de l'AM, environ 6 ans).

Pour M. Corcos, « la menace dépressive resterait donc suspendue ... contenue d'ici là par le comportement »⁵⁵⁵ notamment par le comportement anorexique qui s'associerait à la « solution dépressive », nécessaire pour ne pas déprimer. La *dépressivité*

⁵⁵⁰ Braconnier, A. (2019). *La menace dépressive à l'adolescence*. Toulouse, France : Érès.

⁵⁵¹ Bertrand, M. (1997). L'idéalisation et ses avatars. La dépression. Dans : M. Bertrand, Francis Pasche (pp. 47-59). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

⁵⁵² Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob

⁵⁵³ Perdereau, F., Godart, N., Jemmet, P. (2002). Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. Comorbidité familiale dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Volume 50, Issue 3, mai 2002, p. 173-182

⁵⁵⁴ Radon, L., Lam, C., Hirot, F., Guillaume, S., Godart, N. (2021). Anorexie mentale et troubles de l'humeur : prévalence et liens. *L'encephale online*

⁵⁵⁵ Corcos, M. (2010). *Le corps absent: Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*. Paris : Dunod. p.71

colmaterait alors la menace de l'anéantissement psychique et régulerait le *commerce objectal*⁵⁵⁶. Pour l'auteur, la dépressivité serait de ce fait la conséquence de l'organisation du borderline qui à travers ses actes, tenterait laborieusement d'éviter la décompensation narcissique sous forme d'une « dépression essentielle » ou mélancoliforme.

Au regard de la psychosomatique, nous pouvons entendre par *dépression essentielle* « une dévitalisation, le paradoxe d'une dépression sans affect »⁵⁵⁷. En effet, P. Marty la définit ainsi : « la dépression essentielle, qu'accompagne régulièrement la pensée opératoire, traduit l'abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des pulsions mentales... sans coloration symptomatique, sans contrepartie économique positive ». Caractérisée par sa négativité symptomatique, on ne retrouve également aucune accusation mélancolique, ni de sentiment de culpabilisation. L'absence de symptomatologie serait pour P. Marty liée à la *carence fantasmatique*⁵⁵⁸ et à une *inorganisation structurale primitive*⁵⁵⁹, véritable système de défense mis en place autour de la faille narcissique. Mais l'appareil psychique peut se retrouver dépassé par des blessures narcissiques trop importantes. Dans ce cas, la régulation économique primitive serait impossible et plongerait le sujet dans la dépression mélancoliforme dans laquelle la haine de l'objet serait transformée en haine de soi. La confusion battrait son plein. L'autoaccusation et l'autodépréciation, visant initialement l'objet perdu, seraient ainsi confondues avec le moi et donc transformées en haine de soi. Ainsi, l'objet incorporé ne serait de ce fait plus susceptible d'être à l'origine de l'abandon. Selon M. Corcos toujours, l'adolescente anorexique nierait en avoir besoin et son refus alimentaire dit mélancolique pourrait s'entendre comme un agir qui lutte « contre l'envie d'incorporer l'objet conformément à la phase cannibalique du développement »⁵⁶⁰. Ce serait donc l'ombre de l'objet, à travers la petite voix dictatoriale, cachée dans sa *crypte endopsychique*⁵⁶¹ qui menacerait et gouvernerait le moi ?

3.1.1.3 De l'hypothèse mélancolique au féminin mélancolique de C. Chabert

Si S. Freud et ses proches collaborateurs n'ont pas développé l'hypothèse mélancolique de l'étiologie de l'anorexie mentale (Freud a tout de même le mérite d'avoir ouvert de multiples voies de réflexion sans aller au-delà de ces géniales intuitions, comme pour sa théorie de la séduction bien trop vite abandonnée), c'est à C. Chabert que l'on doit le concept de « nature mélancoliforme des dépressions dans les TCA »⁵⁶². En effet, dans son ouvrage *Féminin mélancolique* C. Chabert fait le lien entre « féminin », « séduction », « mélancolie » et « anorexie ». Chabert soutient en effet l'hypothèse que la solution mélancolique pourrait être l'issue de la jeune fille anorexique qui chercherait à se soustraire de la force des fantasmes incestueux réactivés à l'adolescence et « à expier sur

⁵⁵⁶ Ibid., p.70

⁵⁵⁷ Brusset, B. (2020). Conférence SPP du 13 janvier 2020. Paris : St Anne

⁵⁵⁸ Marty, P. (1980). L'ordre psychosomatique. Paris : Payot

⁵⁵⁹ Ibid.

⁵⁶⁰ Corcos, M. (2000). Le corps absent. p.96

⁵⁶¹ Abraham, N., Torok, M. (1987). L'écorce et le noyau. Paris : Flammarion

⁵⁶² Chabert C. (1993), La boulimie : perversion ou mélancolie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41, 5-6, 250-253

l'autel d'une dépression aux accents sacrificiels »⁵⁶³. Le fantasme de séduction devient une dérive mélancolique soutenue par l'auto-accusation : « Je suis séduite par mon père » devient « je suis coupable de séduire mon père ».

Pour sortir le féminin de son inévitable passivité, C. Chabert propose avec son concept de *féminin mélancolique* une nouvelle version du fantasme de séduction où la passivité serait retournée en activité d'auto-accusation, pour ainsi, devenir la seule responsable de l'insupportable séduction. Contrairement à la version classique du fantasme de séduction, dans lequel la jeune fille hystérique accuse l'autre (le plus souvent le père) d'être le séducteur/agresseur, la jeune fille anorexique devient à la fois l'accusée et le bourreau. Elle est de ce fait responsable et coupable d'avoir été la séductrice. Coupable de laisser son corps excitant à la vue de l'autre, elle l'attaquera de façon à ce qu'il ne soit plus l'objet des tentations incestueuses.

Dans *Deuil et mélancolie* S. Freud caractérise la mélancolie par « une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste par des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtiment »⁵⁶⁴. Ainsi, C. Chabert, dans *Féminin mélancolique* nous rappelle la genèse de l'état mélancolique. Pour l'auteure, la mélancolie se caractériserait au départ par une intense déception dans une relation à l'objet provoquant un retrait de la libido liée à l'objet décevant. Mais cet investissement initial serait « ramené dans le moi » et participerait à l'organisation de « l'identification du moi avec l'objet abandonné ». Ainsi, c'est donc le moi du mélancolique qui est attaqué et jugé : « la perte de l'objet se transforme en perte de soi ». Nous pouvons déjà approcher ici le lien étroit que la mélancolie et le masochisme entretiennent (notamment le masochisme moral, nous y reviendrons dans la prochaine sous-partie).

D'un point de vue métapsychologique, il faut noter que dans la mélancolie, c'est bien l'ombre de l'objet qui dirige les différentes instances psychiques. De ce fait, le moi du mélancolique serait gouverné par cette ombre qui anesthésierait en conséquence toute la source pulsionnelle. M. Corcos différencie en tout cas l'organisation psychique du mélancolique à celle du sujet TCA (à qui il accorde un lien avec les conduites addictives, nous y reviendrons). En effet, pour l'auteur, celui qui dirige les instances psychiques dans les TCA ne serait pas l'ombre de l'objet mais « l'ombre de l'idéal du moi, idéalisation cache misère et paravent d'un objet absent, flou ou mal identifié »⁵⁶⁵. Pour l'auteur, mélancolie et anorexie sont donc à distinguer. Certes, dans les deux cas, l'économie narcissique s'organiserait autour « d'un objet », l'ombre de l'objet, l'« objet dépressif »⁵⁶⁶ dans la mélancolie, et un objet externe « substitutif d'un objet maternel idéalisé »⁵⁶⁷. Cependant, M. Corcos reconnaît qu'à terme, au-delà de pouvoir décompenser de façon mélancoliforme, « la compulsion de répétition à l'œuvre aboutit dans les TCA à une jouissance masochiste dans un enfermement narcissique qui protège le sujet des

⁵⁶³ Louët, E., Chabert, C. (2011). La mélancolie, un destin de la passivité. *Evolution psychiatrique* 2011; 76(1).

⁵⁶⁴ Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*: Extrait de *Métapsychologie* (éd 2004). Sociétés, no<(sup> 86), 7-19.

⁵⁶⁵ Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis*. Paris : Dunod p. 30

⁵⁶⁶ Denis, P. (1994). Fixations dynamiques, fixations dépressives. *Revue française de psychosomatique*, °6, 139-150.

⁵⁶⁷ Corcos, M. (2011). *Ibid.*, p.30

agressions de l'objet externe tout en organisant un huis clos mélancolique de représailles avec l'objet interne »⁵⁶⁸.

Il semble en tout cas que la passivité du féminin puisse se transformer en activité masochiste dans les décompensations anorexiques. En effet, comme le rappelle E. Louët, c'est avant tout « l'impossible confrontation à la position passive, éprouvée au sein même des scènes originaires et de toutes situations d'exclusion et d'abandon »⁵⁶⁹ qui va conduire l'adolescente anorexique à éprouver une « version mélancolique » du fantasme de séduction. Au regard de la littérature, les apports de C. Chabert sont précieux. Ils nous permettent en effet de différencier le fantasme de séduction dans sa version classique (hystérisforme) et mélancoliforme. En ce sens, S. Proia souligne que « les avatars du refus du féminin chez la femme peuvent se manifester avec plus ou moins d'intensité, de la soumission masochique à un homme jusqu'au trouble anorectique en passant par ce que C. Chabert a qualifié de « féminin mélancolique » »⁵⁷⁰.

3.1.2 De la mélancolie cannibalique aux hypothèses sur le masochisme

3.1.2.1 La problématique cannibalique

Au regard de la définition freudienne de la mélancolie, « des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtiment »⁵⁷¹, on comprend très vite pourquoi la frontière entre la mélancolie et le masochisme semble si poreuse. En effet, C. Chabert joint les procédures de l'identification narcissique de la mélancolie à celle du masochisme moral « où la relation d'objet est ramenée à un système narcissique, où la souffrance est recherchée pour elle-même, où la haine contre l'objet s'exerce contre son substitut, le moi lui-même, en le rabaissant, en le faisant souffrir et en tirant de cette souffrance le bénéfice d'une satisfaction sadique »⁵⁷². De ce fait, la libido désinvestie en apparence serait en effet toujours aussi vivante mais cette fois-ci, dans l'autopunition.

Mais la mélancolie pourrait-elle se réduire à la perte de l'objet d'amour, ou à l'incapacité à maintenir l'objet perdu comme vivant ?

M. Corcos suppose en tout cas que les difficultés d'introjections que l'on retrouve chez les patientes anorexiques seraient liées aux difficultés relationnelles maternelles précoces et réveilleraient en conséquence les fantasmes d'incorporation. Notons que *l'incorporation* serait l'action par laquelle le sujet pourrait faire d'un objet sa propriété afin que ce dernier ne puisse l'abandonner. Le refus alimentaire mélancolique serait alors une lutte « contre l'envie d'incorporer l'objet conformément à la phase cannibalique du développement »⁵⁷³ ?

⁵⁶⁸ Ibid., p.33

⁵⁶⁹ Louët, E. (2011). Ibid.

⁵⁷⁰ Morhain, Y. & Proia, S. (2009). Féminin et féminité à l'épreuve de la banlieue. *Adolescence*, 274, 983-1005.

⁵⁷¹ Freud, S. (2004). Deuil et mélancolie: Extrait de *Métapsychologie*. *Sociétés*, n^o(sup> 86), 7-19.

⁵⁷² Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris : Puf p.64

⁵⁷³ Corcos, M. (2000). *Le corps absent*. p.96

Selon S. Vibert, à la suite de C. Chabert, l'Anorexie serait à considérer comme une *pathologie de l'incorporation*⁵⁷⁴, pathologie qui marquerait l'insuffisance de l'inscription de l'objet dans le monde interne et son maintien de la dépendance dans le monde externe « constamment combattue par des attitudes de maîtrise »⁵⁷⁵. En effet, l'adolescente anorexique semblerait pour l'auteure lutter contre le déferlement pulsionnel occasionné par la puberté.

Notons ici qu'il existerait donc deux modalités d'intériorisation de l'objet, à savoir *l'introjection* et *l'incorporation*, que l'on pourrait mettre en lien avec les premières relations précoces du stade oral. Difficile en effet de parler d'anorexie sans aborder le processus d'incorporation nécessaire à la construction du premier moi, le *moi-corporel*⁵⁷⁶. J. Laplanche et J-B Pontalis nous apportent en tout cas une précieuse définition qui vise à distinguer ces notions citées ci-dessus, incontournables lorsqu'on approche de près ou de loin la problématique anorexique :

L'incorporation serait donc un « processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps. L'incorporation constitue un but pulsionnel et un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral ; dans un rapport privilégié avec l'activité buccale et d'indigestion de la nourriture, elle peut aussi être vécue en rapport avec d'autres zones érogènes et d'autres fonctions. Elle constitue le prototype corporel de l'introjection et de la projection »⁵⁷⁷.

L'introjection serait quant à elle un « processus mis en évidence par l'investigation analytique : le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel mais elle n'implique pas nécessairement une référence à la limite corporelle. Elle est dans son rapport étroit avec l'identification »⁵⁷⁸.

Pour P. Fedida, le concept d'incorporation serait indéniablement soutenu par l'image du *cannibalisme*⁵⁷⁹. En effet, pour l'auteur, l'action de s'approprier un objet en le détruisant, afin de ne jamais le perdre, resterait l'unique moyen paradoxal pour le moi de s'identifier à cet objet de *façon absolue*. De ce fait, l'auteur suggère de faire du cannibalisme le concept « autocompréhensif de l'ambivalence (amour-haine, vie-mort, attirance-destruction) présente à l'identification narcissique que semble postuler le choix d'objet »⁵⁸⁰.

Le cannibalisme pourrait alors s'intégrer dans une logique de filiation nécessaire au caractère isomorphe entre la prohibition de l'inceste et les interdits alimentaires. En effet, pour P. Fedida, l'interdit de l'inceste « ne peut se comprendre sans négliger la fonction de la *commensalité* et de ses rapports à la consanguinité ». Le concept mythique du cannibalisme, au-delà de mettre en jeu de façon symbolique la constitution

⁵⁷⁴ Vibert, S. (2015). Ibid., p. 54

⁵⁷⁵ Ibid., p.55

⁵⁷⁶ Freud, S. (1924). Totem et Tabou. Paris : Payot

⁵⁷⁷ Laplanche, J., Pontalis, J.B.(1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : Puf. p.200

⁵⁷⁸ Ibid., p.209

⁵⁷⁹ Fedida, P. (1972). Le cannibale mélancolique. Œuvres complètes, Tome 1, 1963-1975. Paris : Mjw Edition p.211

⁵⁸⁰ Ibid., p.211

métaphorique d'un *inceste alimentaire*, nous offrirait ainsi la possibilité de nous représenter la façon dont l'objet d'amour pourrait être sauvagement dévoré dans une jouissance totalement mélancolique.

P. Fedida rappelle que dans la théorie freudienne sur la mélancolie, la libido se serait retirée dans le moi, ce qui permettrait au sujet mélancolique d'établir une identification avec l'objet abandonné. P. Fédida ressent et suppose cependant que l'angoisse sous-jacente à cette identification aurait été sous-estimée par S. Freud. En effet, P. Fedida défend l'idée selon laquelle l'identification du moi à l'objet se serait retrouvée liée par la menace que ce dernier soit à jamais perdu. Par conséquent, le concept de cannibalisme symboliserait la part mythique et ambivalente issue d'une violente angoisse de séparation. Laissons P. Fedida nous expliquer :

« Le cannibalisme est inscrit dans la nature même de cette identification : la perte de l'objet (séparation, abandon) ne comporte qu'une menace que sous cette condition d'entraîner la destruction du moi »⁵⁸¹.

L'incorporation cannibalique, ou l'expression d'un deuil mélancolique, pourrait alors se penser non pas comme une résolution de la perte, mais comme « la satisfaction imaginaire de l'angoisse de se nourrir de l'objet perdu »⁵⁸². Toute l'ambivalence pourrait se souligner ici : le moi tente de faire le deuil de *l'objet de séduction*⁵⁸³ mais ne réussit à s'en séparer au regard de l'angoisse sous tendue de « le tenir présent dans son absence »⁵⁸⁴. On comprend ainsi avec P. Fédida pourquoi les auto-accusations du mélancolique, au-delà de révéler une forme d'un masochisme autopunitif, apparaîtraient avant tout comme l'expression d'un cannibalisme dont l'ambivalence à rendre possible ou non l'expérience de deuil d'un objet perdu pourrait, en se dévorant, signer l'acte d'un *inceste alimentaire* avec l'objet d'amour.

3.1.2.2 Hypothèses sur le masochisme anorexique

Le masochisme dans l'anorexie mentale a été relevé par de nombreux auteurs. Plus que de masochisme, certains auteurs comme C. de Perceval, B. Alananberg et K. Abraham, parlent « d'autosadisme »⁵⁸⁵. Pour ces auteurs, le processus mélancolique serait la transformation du sadisme qui permettrait l'identification narcissique à l'égard de l'objet perdu. Dans l'autosadisme, le sujet abandonnerait l'objet et retournerait sur lui-même les conduites d'autopunition. De nombreux témoignages semblent en tout cas considérer de façon indissociable les notions de *masochisme* et d'*anorexie*. En effet, C. De Perceval soutient l'idée que « l'entrée dans ce monde anorexique se réalise sur le mode d'une

⁵⁸¹ Ibid., p.214

⁵⁸² Ibid., p.214

⁵⁸³ P. Fédida parle d'un *moi sous le charme d'un objet*. Nous préférons ici le terme de séduction proposé par M. Klein.

⁵⁸⁴ Ibid., p.214

⁵⁸⁵ De Perceval, C. (2014). *Anorexie, boulimie : quand la haine s'empare du corps*. Dans les territoires de la haine. Paris : Puf

violence faite à soi-même. Violence incomparable, et que rien n'aurait pu interrompre »⁵⁸⁶.

Nous avons vu que C. Chabert a rendu compte des formes différentes que le masochisme pouvait prendre, notamment dans les fonctionnements limites. La haine de soi, la haine du corps, peut en effet selon l'auteure évoluer selon deux destins par retournement : le masochisme et/ou la mélancolie. Dans la version mélancolique du fantasme de séduction chez les jeunes filles anorexiques, le masochisme contre le pubertaire serait la réponse à travers laquelle la haine de l'objet se désinvestirait sur le plan externe mais se retournerait contre le sujet lui-même.

Au-delà des différentes formes que présupposent le masochisme, nous pouvons de façon générale le traduire comme une recherche consciente ou non de la souffrance psychique ou physique. J. Laplanche et J-B Pontalis le définissent cependant comme « une perversion sexuelle dans laquelle la satisfaction est liée à une souffrance ou à l'humiliation subie par l'objet »⁵⁸⁷. Notons néanmoins qu'il existe dans la théorie freudienne un masochisme primaire et un masochisme secondaire. Le premier serait lié à la pulsion de mort, elle-même encore dirigée sur le sujet. L'agressivité pulsionnelle ne pourrait de ce fait se diriger sur un autre objet que le sujet lui-même. Ce masochisme érogène primaire, utile et nécessaire pour l'autoconservation différerait donc d'un masochisme secondaire qui lui, serait pathologique.

Selon A. Green, le masochisme serait une défense contre la destructivité interne. L'ambivalence serait cependant manifeste car le masochisme primaire représenterait l'activité par laquelle la destructivité pourrait se réaliser. Cependant, A. Green suppose que le masochisme permet une liaison pulsionnelle en deux temps. Au départ, on observerait selon lui une déliaison de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, source de l'autodestruction mais offrirait à la suite dans un second temps « une liaison pulsionnelle à visée auto-conservatrice et libidinale »⁵⁸⁸.

Selon S. Schaeffer, le déferlement pubertaire de l'adolescence agirait de façon traumatique sur la vie psychique, nous l'avons dit. Cela pourrait de ce fait expliquer pourquoi l'investissement libidinal viserait dans un premier temps le déplaisir, déplaisir qui paradoxalement, préserverait l'autoconservation. Les thèses de J. Schaeffer rejoignent en tout cas la vision de R. Rosenberg pour qui le masochisme primaire pourrait s'entendre comme un « gardien de la vie psychique »⁵⁸⁹.

Dans la tradition freudienne, rappelons que le masochisme serait une affaire du féminin. La fille, « vouée à l'attente »⁵⁹⁰ (le pénis, ses seins, ses règles, son bébé, sa ménopause...) serait ainsi contrainte de passer par le masochisme pour ressentir de l'excitation. Toutes ces attentes s'accompagneraient de bouleversements narcissiques qui nécessiteraient « l'ancrage d'un solide masochisme primaire »⁵⁹¹. Pour J. Schaeffer, la

⁵⁸⁶ Durif-Bruckert, C. (2017). *Expériences anorexiques : Récits de soi, récits de soin*. Paris : Armand Colin p. 107

⁵⁸⁷ Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1967). *Ibid.*, p.230

⁵⁸⁸ Mazoyer, A. & Roques, M. (2014). Le masochisme à l'œuvre dans l'écriture littéraire (Anaïs Nin) et dans la passion adolescente. *Psychothérapies*, 34, 33-39.

⁵⁸⁹ Rosenberg B. (1991): *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie* (éd 2007). Paris : Puf

⁵⁹⁰ Schaeffer, J. (2007). *Peur et conquête du féminin à l'adolescence dans les deux sexes*. *Adolescence*, 252, 261-277.

⁵⁹¹ *Ibid.*

différenciation avec le corps maternel lié au masochisme primaire (changement d'investissement objectal) provoquerait une attirance vers le père. Ainsi, pour l'auteure, c'est le *masochisme érotique secondaire* « qui conduira la fille au désir d'être pénétrée par le pénis du père »⁵⁹². Cela nous renvoie au célèbre texte de S. Freud sur le masochisme *Un enfant est battu*⁵⁹³ dans lequel S. Freud nous rappelle que la culpabilité des désirs incestueux s'exprimerait dans une position régressive à travers un fantasme masochiste masturbatoire d'être maltraitée, frappée et violée, fantasme par lequel le désir du féminin serait condamné à passer par les voies douloureuses du masochisme.

S. Nacht est probablement le psychanalyste français qui, à la suite de Freud, a offert un éclairage précieux sur le masochisme qu'il décrit comme « un état névropathique caractérisé par la recherche de la souffrance »⁵⁹⁴. Il défendra l'idée selon laquelle le masochisme serait une défense paradoxale et pathologique où l'autosacrifice partiel pourrait malgré tout venir préserver ce qui reste à sauver. Il rappelle que les dangers extérieurs restent le plus souvent le fruit d'une production fantasmatique alors que les souffrances infligées par l'autodestruction demeurent pour le coup bien réelles. Elles sont donc maîtrisables et matérialisables.

S. Nacht nous apporte ainsi un regard clinique dans lequel il distingue trois formes de masochisme :

- le masochisme érogène (ou la perversion sexuelle)
- le masochisme moral (ou le besoin d'amour constant se confond avec le besoin de souffrir)
- le masochisme chez la femme (qu'il ne différenciera pas de celui de l'homme)

S. Nacht s'opposera farouchement à l'idée freudienne selon laquelle la femme serait naturellement masochiste. Selon lui, le masochisme de la femme s'exprime lorsque cette dernière refuse d'accepter son féminin, féminin qui s'étaye sur la passivité de la nature féminine. Il nous explique :

« Mais si la passivité peut s'incliner au masochisme, elle ne le constitue pas. C'est l'appoint des forces agressives infléchies qui, sur ce fond de passivité, crée le masochisme de la femme, de la même manière que chez l'homme »⁵⁹⁵.

Pour S. Nacht, le masochisme ne possède par conséquent rien de spécifiquement féminin. De plus, soulignons les propos de J. Chagnon qui nous rappelle que pour le psychanalyste d'origine roumaine, « le caractère masochiste féminin ne diffère pas cliniquement de celui de l'homme »⁵⁹⁶.

⁵⁹² Schaeffer, J. (2013). Ibid., p175

⁵⁹³ Freud, S. (1919). Un enfant est battu. Névrose, psychose et perversion (éd 2019). Paris : Puf

⁵⁹⁴ Nacht S. (1965), Le masochisme. Paris : Payot p.5

⁵⁹⁵ Ibid., p122

⁵⁹⁶ Chagnon, J. (2006). Le masochisme dans les travaux psychanalytiques français : Un sujet (dé)battu.. *Psychologie clinique et projective*, 12, 7-67.

Si B. Rosenberg a parlé du masochisme comme un gardien de la vie psychique, il introduira à la suite d'A. Green le terme de *masochisme mortifère*⁵⁹⁷ qu'il définira comme un masochisme total puisque son investissement concernerait tout déplaisir et toute souffrance qui aboutirait à l'autodestruction complète (« réduction à zéro »⁵⁹⁸). Pour l'auteur, le masochisme mortifère que l'on retrouve dans l'anorexie serait une tentative de guérison, une solution telle que la « solution dépressive ». J. Chagnon écrit :

« Il s'agit d'une tentative de guérison comparable à la solution délirante par exemple, de même que chez les névrotiques le masochisme moral vient au secours des défenses névrotiques : ainsi se situeraient les deux extrêmes du masochisme secondaire. Mais celui-ci provient également du retour sur soi du sadisme projeté à la suite d'un moment d'excitation insupportable menaçant le moi d'une désintronisation pulsionnelle : le sujet cherche à réintrojecter son sadisme et à le transformer en masochisme secondaire. Celui-ci peut alors rester objectal ou, à l'inverse, se transformer en masochisme mortifère par dissolution progressive du sadisme dans la disparition totale de toute relation objectale comme dans le cas de l'anorexie ».

Le masochisme ne concerne évidemment pas que les sujets féminins mais nous avons cependant précédemment souligné que les pathologies de l'agir pouvaient majoritairement concerner les jeunes filles à l'adolescence. J. Lanouzière⁵⁹⁹ montre en effet dans une étude épidémiologique la prédominance féminine dans les pathologies dépressives et les conduites auto-agressives. Nous pouvons, comme pour le reste, expliquer ce résultat par des facteurs environnementaux, sociaux, culturels, biologiques et psychoaffectifs. Ce seraient donc les pressions sociales qui ont depuis fort longtemps « forcé » les femmes à réprimer leur agressivité, qui pourrait favoriser « le développement de fortes motions masochistes »⁶⁰⁰. Et S. Vibert ajoute :

« L'attaque du corps propre et l'importance des manifestations dépressives dans les pathologies anorexiques/boulimiques se font l'écho bruyant de ces constats, associant particulièrement le féminin à la perte et au masochisme »⁶⁰¹.

Peut-être pourrions-nous comprendre ici le masochisme anorexique comme l'expression d'une impossibilité à élaborer les angoisses de culpabilité face à la séduction incestueuse ? Le masochisme primaire, inhérent à la liaison pulsionnelle serait-il alors défaillant chez les adolescentes anorexiques ? Ainsi, l'autosacrifice propre au masochisme moral et au masochisme mortifère ne viendrait-il pas mettre en lumière l'impossible investissement de la passivité que nous montre l'adolescente anorexique ?

⁵⁹⁷ Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. Paris : Puf

⁵⁹⁸ Ibid., p.55

⁵⁹⁹ Lanouzière, J. 2009, « Mélancolie, sexe et féminité », dans C. Chabert (sous la direction de), *Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod, p. 271-349.

⁶⁰⁰ Freud, S. (1932). Ibid., p.155

⁶⁰¹ Vibert, S. (2012). *Fantasmes œdipiens et inhibition défensive dans l'anorexie mentale à l'adolescence. Psychologie clinique et projective*, 18, 83-125.

3.2 Fonctionnement limite et agir compulsif : entre addictions et fragilité narcissique

3.2.1 Au cœur des folies compulsives : l'addiction

La rencontre entre un soignant et son patient suppose généralement la question de la structure psychopathologique. Pris dans son *illusion de la maîtrise*, le « bon soignant » tente effectivement par réflexe de rattacher les symptômes observés à des entités psychiatriques. Dans l'action clinique, l'anorexie mentale se pense généralement et spontanément en dehors des classifications structuralistes au même titre que bon nombre de syndromes tels que la dépression ou la neurasthénie. Mais nous l'avons vu, la névrose, avec l'hystérie, fut au départ le contenant privilégié dans lequel il était aisé de « classer » l'anorexie. Difficile en effet d'échapper à l'hystérie au temps de J.M. Charcot, S. Freud et P. Janet, même si leurs hypothèses sur la *conversion par refoulement de l'érotisme oral* se tiennent toujours chez certains auteurs contemporains. Mais qui dit Névrose dit forcément Psychose. Il est effectivement encore fréquent de lire ou d'entendre que l'AM serait une *dépression mélancolique* (au sens psychotique du terme) au-delà de toutes les théories sur la *psychose froide* (sans délire)⁶⁰² ou la *paranoïa*. Mais selon M. Corcos, « aucune preuve n'est venue étayer sérieusement l'hypothèse de la parenté de l'anorexie mentale avec la psychose maniacodépressive »⁶⁰³.

A défaut de parler de structure psychopathologique, on pourrait se pencher sur les questions de personnalités et donc, de certains types de fonctionnements. Il semble en effet important de penser la clinique en dehors de tout champ de classification mais pouvoir déduire un fonctionnement, en lien avec un type de personnalité, connaît certains avantages. Tout d'abord, la personnalité est un facteur de pronostic qui permet en conséquence d'agir sur les potentiels risques et comorbidités pour ensuite, adapter les traitements et autres thérapies. De plus, philosophiquement, cela nous rappelle ô combien chaque situation clinique se diffère les unes des autres, même si la dimension de l'*agir* semble rester le socle commun aux différentes et singulières histoires anorexiques.

Comme le rappelle V. Estellon⁶⁰⁴, l'*agir compulsif* pourrait se caractériser par cette célèbre formule « c'est plus fort que moi ! » Il est en effet courant de venir justifier ou expliquer un grand nombre de conduites dites compulsives par cette célèbre formule appréciée par *les personnalités limites*. Mais quelle est cette chose si forte, qui échappe à la maîtrise ? Est-ce à entendre comme une révolte du *ça* contre l'interdit restrictif du *surmoi* ? Ou comme un envahissement du *moi*, littéralement débordé, passif et spectateur de cette activité pourtant auto-générée par lui-même ?

Des rituels obsessionnels aux agirs limites, c'est bien tout le corps qui est mobilisé, attaqué, entravé, coincé dans des conduites de dépendance et de répétition. Des automutilations scarificatoires à l'anorexie, « le corps est débordé par une

⁶⁰² Vermorel, H. & Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1537-1549.

⁶⁰³ Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod p.20

⁶⁰⁴ Estellon, V. (2016). *Les folies compulsives*. Paris : Dunod p.1

angoisse/ivresse de perdre le contrôle »⁶⁰⁵. En effet, l'angoisse envahit la pensée, et la compulsion s'empare du corps à travers des agirs dépourvus de sens et de volonté. Les pathologies de l'agir - dont les TCA font partie selon V. Estellon et M. Corcos - seraient donc aux supplices de ces choses « plus fortes que soi », ces choses qui agissent contre la volonté du sujet, sujet qui par la même occasion subit indéniablement la douloureuse expérience de la désubjectivation. Ne pouvons-nous pas voir ici un rapprochement avec la « dépersonnalisation » ou la « repersonnalisation » défendu par de nombreux auteurs.

Selon V. Estellon, les *agirs compulsifs* sont à traduire comme la révolte de certaines fonctions du corps contre l'autorité du moi (garant des pulsions d'autoconservation), prises dans une forme d'ivresse ou « d'extase négative »⁶⁰⁶. Le vocabulaire ici employé permet d'introduire les thèses autour du concept d'addiction dans les troubles des conduites alimentaires soutenues pour P. Jeammet et M. Corcos. Le rapport entre Boulimie et addiction se fait probablement plus aisément, peut-être du fait des critères de définition communs (contrainte, répétition, dépendance à l'objet...). Comme le souligne B. Brusset, « le lien avec l'anorexie est plus discutable »⁶⁰⁷ au-delà du fait que le *déni* s'entend parfaitement bien chez les deux. Anorexie et Toxicomanie, deux expressions psychopathologiques de l'adolescente, deux troubles des conduites dans lesquels la jouissance entraîne une addiction en circuit fermé. Autre point commun, l'autodestruction recherchée, souvent accompagnée d'un refus du soin et un manque total d'objectivité quant aux risques encourus, la mort. Les failles narcissiques sont également observées chez les deux : *la libido est surinvestie*⁶⁰⁸ sur des objets extérieurs (dépendance, dépression).

Les données cliniques des troubles des conduites alimentaires traduisent pour M. Corcos « une problématique narcissique commune avec les pathologies addictives »⁶⁰⁹. Pour l'auteur, le symptôme addictif alimentaire doit s'entendre comme « une défense contre des affects dépressifs non structurés »⁶¹⁰ qui permet d'accéder à une « jouissance solitaire » permettant une « autostimulation face à un sentiment de vide désorganisateur »⁶¹¹. De manière générale les conduites de dépendances sont à considérer comme une expression d'une vulnérabilité, aussi bien neurobiologique, que psychopathologique et narcissique. Ce sont probablement ces vulnérabilités spécifiques qui entraîneraient les conduites de dépendance aux effets malheureusement pathogènes. Selon M. Corcos, ces effets s'auto-renforceraient et réorganiseraient la personnalité du sujet addict. C'est en ce sens que l'auteur soutient l'idée selon laquelle les TCA sont à considérer comme des pathologies addictives, d'autant plus que le fonctionnement limite, la structure sous-jacente, semble caractériser l'anorexie aussi bien que la toxicomanie. Tout comme B. Brusset, M. Corcos justifie ce regroupement du point de vue de ses constatations cliniques. L'auteur retrouve en effet dans ses observations des conduites très voisines telles que « la compulsivité avec obsession idéative sur l'objet ; sentiment de

605 Ibid., p.3

606 Ibid., p 3

607 Brusset, B. (1998). Pathologie de l'anorexie mentale. Paris : Dunod. p.161

608 Ibid., p.162

609 Corcos, M. (2005). Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. Dialogue, no<(sup>169), 97-109.

610 Ibid.

611 Ibid.

manque ; de vide ; dépersonnalisation ; honte et culpabilité ; lutte anti dépressive ; maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales »⁶¹². On peut dès lors noter que si les agirs compulsifs sont différents au regard de la nature de l'objet entre les anorexiques et les toxicomanes, on retrouve tout un lot de points communs autour de leurs organisations psychiques : la faille narcissique en premier lieu, une structuration psychique précaire voire une astructuration, une mise en œuvre pour annuler toute action de penser et d'éprouver.

Selon J-P. Tassin, les anorexiques et les toxicomanes auraient en commun des « mécanismes neurobiologiques similaires »⁶¹³.

M. Corcos relève que la majorité des conduites addictives ne se situe pas dans un fonctionnement névrotique structuré ou dans le monde clos de la psychose. En effet, comme énoncé plusieurs fois dans ce travail, les conduites addictives répondent au registre *Narcissique* et *Limite* (névrose précaire ou de dépersonnalisation). M. Corcos parle même « d'astructuration psychosomatique ». En effet, les failles narcissiques relevées interrogent les auteurs sur le possible lien à faire avec les angoisses d'abandon et les liens précoces à l'attachement. Les TCA sont selon P. Jeammet⁶¹⁴ une défense contre les objets d'attachement, tout aussi dangereux que nécessaires, un « tout ou rien » qui permet de se substituer aux liens affectifs via les voies de l'addiction. Et si la relation à l'autre est pathologiquement distancée, les identités de façade opèrent pour préserver un moi débordé qui finit par se cliver. Ce contrôle exacerbé « permet au sujet de maintenir des relations apparemment satisfaisantes et une vie sociale relativement diversifiée. Mais c'est au prix d'un clivage du moi. La relation addictive colmate ce qu'il y a de plus conflictuel mais aussi de plus investi dans le besoin relationnel »⁶¹⁵.

Pour expliquer les origines de ces « astructurations », P. Jeammet et M. Corcos retiennent la *problématique de l'attachement*. Pour ces auteurs, la relation mère-bébé a souffert d'un manque d'étayage psycho-corporel-affectif. Mère absente, mère morte (au sens d'A Green), l'enfant n'a pu introjecter la nourriture affective, moteur même du narcissisme secondaire. L'enfant, face à la défaillance narcissique de la mère, se retrouve investi comme un « complément narcissique » voire un complément antidépresseur. De là s'installerait une relation incestueuse dans laquelle l'enfant serait débordé par les excitations qui s'apaiseront lors de la « trouvaille » addictive.

Soulignons ici la thèse de M. Corcos sur la « défaillance maternelle ». Pour l'auteur, les premiers soins précoces portés au bébé par la mère peuvent engendrer des dysfonctionnements qui auront des conséquences lors du développement psychoaffectif sur l'enfant et dans le processus adolescent :

⁶¹² Ibid.

⁶¹³ Tassin, J.-P. 1998. « Les mécanismes neurobiologiques des dépendances », Communication, les dépendances. Semaines de la prévention Ap-Hp, 16-19 nov.

⁶¹⁴ Jeammet, P. (2007). Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement: Une des tâches essentielles de l'adolescence. Dans : Alain Braconnier éd., *L'adolescence aujourd'hui* (pp. 11-20). Toulouse: Érès.

⁶¹⁵ Corcos, M. (2005). Ibid.

« La « défaillance » du maternel chez les mères des patientes, en particulier dans l'investissement du corps autonome, vivant et érotique de l'enfant. Cette défaillance ne favoriserait pas une bonne distillation puis intégration du féminin chez le sujet et participerait à l'avènement d'une organisation sadomasochiste qui le fixe sur des objets infantiles. Dans l'anorexie mentale deux « métamorphoses » impulsées par les transformations physiques et psychologiques de la puberté sont évitées, contournées, réprimées, voire abolies : le devenir femme et le devenir mère»⁶¹⁶.

Les processus mélancoliques semblent être à l'œuvre dans les mouvements régressifs de dépendances addictives de l'adolescence. Quant à l'adolescente anorexique, tout semblerait pouvoir devenir superficiel, superficialité en guise de protection contre la menace des liens affectifs ô combien menaçants ? L'activité fantasmatique assècherait-elle toutes formes de plaisir hétérogène, troqué contre des conduites masochistes autodestructrices sur le moi, mais qui paradoxalement maintiendraient la sensation d'exister ? L'investissement narcissique, au détriment des investissements objectaux, ne semblerait-il pas majoritaire dans l'anorexie mentale ?

3.2.2 Pathologie du narcissisme

3.2.2.1 Le narcissisme, au-delà du concept

Le concept de *narcissisme* a traversé, comme tant d'autres concepts théoriques, des étapes inévitables de réflexions et de contradictions, afin d'arriver malgré tout à apparaître comme un des concepts incontournables de la psychanalyse au-delà d'être probablement le moins consensuel. En effet, le concept de *narcissisme* trouve dans la littérature psychanalytique, et chez S. Freud lui-même, des interprétations très diverses qui ne permettent pas toujours d'en faire une définition univoque. Cependant, depuis son introduction en 1899⁶¹⁷ par P. Näke, en passant chez A. Binet, H. Ellis, I. Sadger et O. Rank, la référence au célèbre mythe de Narcisse est toujours d'actualité, ce qui permet à l'œuvre collective d'en user sans confusion pour traduire le fait de *s'aimer soi-même*. En effet, « par référence au mythe de Narcisse, le narcissisme est un amour (ou non) porté à l'image de soi-même »⁶¹⁸.

Parler de *narcissisme* en psychanalyse, c'est donc parler d'une relation libidinalisée sur le moi, différente en ce sens de l'investissement objectal. S. Freud emploie le terme pour la première fois en 1910 pour décrire le choix d'objets des homosexuels, qui à travers leurs partenaires, choisissent quelqu'un à leur image de sorte « qu'ils se prennent eux-mêmes comme objet sexuel »⁶¹⁹.

⁶¹⁶ Corcos, M. (2005). *Le corps insoumis* (éd 2011). Paris : Dunod p.20

⁶¹⁷ Guelfi, J. & Logak, Z. (2013). 20. La personnalité narcissique. Dans : Julien-Daniel Guelfi éd., *Les personnalités pathologiques* (pp. 159-167). Cachan : Lavoisier.

⁶¹⁸ Laplanche, J., Pontalis, J.B, (1967). Ibid, p. 261

⁶¹⁹ Quinodoz, J. (2004). « Pour introduire le narcissisme », S. Freud (1914c). Dans : , J. Quinodoz, *Lire Freud: Découverte chronologique de l'œuvre de Freud* (pp. 151-157). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Dès 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*⁶²⁰ S. Freud utilisera la notion de narcissisme pour évoquer les différentes trajectoires des investissements libidinaux. Au tout départ, la relation serait pour l'auteur « anobjectale »⁶²¹ et primitive, caractéristique d'une absence de relation au monde extérieur, caractéristique du vécu intra-utérin, avant de se déplacer sur les objets (narcissisme primaire). A la suite, un mouvement inverse, nécessaire au processus développemental, lui succédera (narcissisme secondaire).

On retrouve en tout cas dans le dictionnaire de la psychanalyse de J. Laplanche et J-B. Pontalis la définition suivante :

« Le narcissisme primaire désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. Le narcissisme secondaire désigne un retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux »⁶²².

Les auteurs du *Vocabulaire de la psychanalyse* font s'opposer et critiquer la notion de *symbiose mère-bébé* qui d'une façon ou d'une autre, renvoie au *Narcissisme primaire freudien*. Pour ces auteurs, l'intervention d'un père pour « couper le cordon » serait obsolète au regard des théories de l'attachement (nous l'avons évoqué). Ce fourvoiement freudien sur le *Narcissisme primaire* aurait ainsi soutenu les théories sur *l'indifférenciation primitive mère-bébé* que l'on retrouve chez D. W. Winnicott, M. Mahler et surtout J. Lacan : « le bébé est le phallus de la mère ». Pourtant, comme le souligne J. Laplanche, S. Freud semble avoir de nouveau délaissé son intuition au profit d'une théorisation difficile à argumenter : « d'ailleurs, Freud, au début, avait une autre idée du narcissisme primaire : c'était, si l'on peut s'exprimer ainsi, un « narcissisme primaire acquis »⁶²³. Notons qu'en 1937, l'école de psychanalyste hongroise, M. Balint en chef de file, soulignera l'incohérence d'une théorie dépassée (le mythe de l'amibe) en proposant l'hypothèse d'un « amour objectal primaire ».

Le narcissisme traduit donc une *tendance universelle*⁶²⁴ dans laquelle le moi est libidinalement investi. Cette tendance permet de créer un équilibre, une structure stable sur laquelle les investissements libidinaux entre le moi et les objets pourront s'établir. M Stone parlerait alors d'un *narcissisme normal*⁶²⁵ autour duquel émergerait une illusion transitoire positive envers soi-même où le corps propre pourrait d'une certaine façon s'investir comme un objet de jouissance, idée centrale que l'on retrouve chez S. Freud :

« Le comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel : il le contemple donc en y prenant un plaisir sexuel, le caresse, le cajole, jusqu'à ce qu'il parvienne par ces pratiques à la satisfaction complète »⁶²⁶.

⁶²⁰ Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Payot

⁶²¹ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Ibid* p. 262

⁶²² *Ibid* p. 263

⁶²³ Braconnier, A. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Le Carnet PSY*, 70, 26-33.

⁶²⁴ Diamond, D., Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, 33(1), 115–139. <https://doi.org/10.7202/018475a>

⁶²⁵ Stone M.H. (1998): Normal narcissism: An etiological and ethological perspective, in: Ronningstam E.F. (Ed.): *Disorders of narcissism : diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 7-28). Washington : American Psychiatric Press.

⁶²⁶ Freud, S. (1914). *Ibid*, p. 81

O. Kernberg définira à la suite de S. Freud et de H. Hartman⁶²⁷ le *narcissisme normal* comme « l'investissement libidinal du soi »⁶²⁸. L'auteur note que ce sont de nombreuses interactions entre le soi et les structures intrapsychiques (le moi, le surmoi et le ça) qui sont à l'origine d'un tel investissement libidinal. En effet, la source pulsionnelle d'énergie libidinale ne se suffit pas à elle-même pour rendre compte de l'investissement du soi. En d'autres termes, le *narcissisme normal* renverrait pour l'auteur à la régulation adéquate de l'estime de soi à travers les différentes instances. Pour se faire, une bonne intégration des représentations de soi et de l'autre (différenciation) serait exigée. Le *narcissisme normal* peut ainsi se saisir par son caractère « négatif », c'est-à-dire, par son absence de pathologie. O. Kernberg et H. Kohut se retrouvent d'ailleurs à ce sujet. Le *narcissisme normal* est un narcissisme dans lequel l'identité est cohérente et non diffuse, et ainsi, moins soumise aux variations thymiques.

M.H. Stone ajoute la notion de « juste milieu »⁶²⁹ comme synonyme de normalité. Par juste milieu, l'auteur entend que l'investissement libidinal doit suivre un continuum entre l'auto-inflation et l'auto-dévaluation. Il ajoute à ce propos que la normalité ne peut cependant s'entendre au dehors des différentes époques, contextes et cultures. En effet, il existerait autant de normalités qu'il y aurait de contextes, contextes qui doivent toujours être observés afin de pouvoir estimer le caractère pathologique ou non des dites conduites narcissiques.

Toutes les références autour desquelles le narcissisme peut se lire depuis S. Freud à nos jours trouvent selon S.A Mitchell un point d'achoppement autour de l'idée de *surévaluation, d'importance exagérée ou d'illusion*⁶³⁰. En prenant en compte le regard de tous ses auteurs, J. Descôteaux et O. Laverdière dressent « une synthèse des propos ciblant le « narcissisme normal »⁶³¹. Ainsi, pour ces auteurs, le narcissisme normal renverrait à une considération de soi :

- fondamentalement positive.
- qui, sous l'influence de mécanismes de régulation non pathologiques, admet des variations modérées, allant de l'illusion créatrice porteuse de croissance à la déception parfois douloureuse au contact de la réalité.
- dont la relative stabilité découle de l'intégration des aspects positifs, négatifs et réalistes du soi.
- qui autorise la considération positive de l'autre, donc de l'objet, dont la stabilité est elle-même assurée par l'intégration de ses aspects positifs, négatifs et réalistes.

⁶²⁷ Hartmann, H. (1938). La psychologie du moi et le problème de l'adaptation (éd 1968). Paris : Puf

⁶²⁸ Kernberg, O. (2016). Chapitre 3. Narcissisme normal et pathologique. Dans : , O. Kernberg, La personnalité narcissique (pp. 109-144). Paris: Dunod. p. 110

⁶²⁹ Stone, M.H. (1998). Normal narcissism: An etiological and ethological perspective, in: Ronningstam E.F. (Ed.): Disorders of narcissism : diagnostic, clinical, and empirical implications (pp. 7-28). Washington : American Psychiatric Press

⁶³⁰ Mitchell, S.A. (1993). Hope and dread in psychoanalysis. New York, Basic Books.

⁶³¹ Descôteaux, J., Laverdière, O. (2019). Narcissisme normal et pathologique : exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines. Psychothérapies 39(2) : 55

- que renforce la satisfaction des besoins (relationnels, de miroir, d'admiration, d'auto-préservation, d'affirmation de soi) dans le respect d'un ensemble de valeurs morales stables incluant, entre autres, la modestie.
- dont la teneur et l'expression peuvent être modulées par le contexte culturel.

Les problématiques narcissiques semblent donc se trouver chez tous les sujets humains. Il existerait en effet des vulnérabilités pathologiques du moi dans tous les fonctionnements de personnalité. La *pathologie du narcissisme* pourrait ainsi se penser à travers différents visages, intensités et particularités. Selon O. Kernberg, la pathologie du narcissisme présenterait de « multiples variations ⁶³² » qu'il décrit en termes de « gravité »⁶³³. La gravité de la pathologie pourrait varier selon des différences de degrés : légère, grave et très grave. La *pathologie légère* renverrait à la névrose, où la régulation de l'estime de soi régresserait à un stade inférieur du développement psychosexuel. La *pathologie grave* renverrait au trouble de la personnalité narcissique, où la représentation de soi lutterait face à l'admiration de l'autre (risque de dévaluation permanente). La pathologie très grave renverrait à ce que O. Kernberg appelle le *syndrome narcissique malin*, où le comportement sadique s'ajouterait au tableau précédant.

Pour O. Kernberg, la gravité de la pathologie narcissique est aussi une affaire de degré. Pour l'auteur, le soi serait aux prises avec deux besoins fondamentaux : le miroir et l'idéalisation. Ainsi, l'autre serait toujours invité à valider les demandes que nous lui faisons et rendrait compte dans la sécurité de notre fragile légitimité à être. Dès lors, O. Kernberg parlera de narcissisme normal si les réponses apportées à ces besoins sont cohérentes et suffisamment appropriées. En effet, le narcissisme normal impliquerait que les besoins de miroir et d'admiration eussent suffisamment été satisfaits. Dans le cas contraire, il parlera de narcissisme pathologique.

3.2.2.2 Le narcissisme dans les troubles alimentaires

M. Corcos souligne que l'adolescente anorexique est connue pour son exigence envers elle-même. Terrorisée à l'idée de ne pas réussir ce qu'elle entreprend, surtout sur le plan scolaire, elle pourrait se déprimer au point de vouloir mourir si son projet ne se réaliserait pas aux regard de ses ambitions. La littérature relève abondamment de multiples récits à travers lesquels des adolescentes s'effondreraient pour le simple fait de n'avoir obtenu qu'un 17/20 lors d'un examen. Si malheureuses pour une « mauvaise note », au point de remettre leur existence en question ? Elles renverront en tout cas dans les cordes quiconque oserait la féliciter et tenterait de les rassurer.

M. Corcos⁶³⁴ nous rappelle que ces comportements jugés comme « égocentrés » ou « condescendants » par les commentateurs non-initiés à la pathologie du narcissisme, renforceraient malheureusement l'image peu sympathique que ces jeunes filles renverraient, notamment aux soignants. Mais M. Corcos interroge les réfractaires : comment expliquer que dans l'intimité de la psychothérapie, ou lors des instants de vie informels du service de pédopsychiatrie, elles peuvent se montrer d'une douceur et d'une

⁶³² Kernberg, O. (2016). La personnalité narcissique. Paris : Dunod p.109

⁶³³ Ibid., p.110

⁶³⁴ Corcos, M. (2020). Ibid., p. 268

bienveillance tout aussi touchante que surprenante ? L'auteur explique alors ces comportements du fait que l'adolescente anorexique souffrirait d'une « perversion narcissique »⁶³⁵. Autrement dit, on retrouverait chez ces patientes un narcissisme structurellement faible mais défensivement très fort. *L'estime de soi* de ces adolescentes serait donc si faible qu'elles se protégeraient en laissant émerger de façon paradoxale des désirs totalement mégalomaniques, cependant « faussement mégalos », comme nous dirait M. Corcos. L'AM serait alors prise dans le piège d'un faux miroir, d'une dépression narcissique grave, qui ne lui renverrait que le reflet d'un narcissisme de mort, celui d'un fantôme ascétique ?

S. Freud et ses successeurs n'ont jamais abordé l'anorexie comme une pathologie du moi. Ce n'est que dans les années soixante que les travaux de E. et F. Kestemberg mettent en évidence la « vulnérabilité de l'organisation narcissique »⁶³⁶ chez les femmes et jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale. En reprenant la théorie freudienne de 1914, les auteurs soulignent que l'anorexique retirerait sa libido de l'objet pour l'investir sur le moi. Ainsi, l'anorexie ne serait plus à comprendre pour ces auteurs comme une pathologie hystérique, où le refoulement de la sexualité orale s'opérerait par le refus alimentaire, mais bien comme une pathologie du moi, une pathologie du narcissisme. En effet, par son refus, l'anorexique dresserait une barrière protectrice entre soi et le monde objectal, monde potentiellement dangereux et intrusif. Les auteurs ajoutent à ce propos : « les anorexiques s'opposent à leurs désirs de fusion avec la mère et évitent les relations extérieures pour sauvegarder les limites de leur moi »⁶³⁷. Mais nous avons souligné avec J. Laplanche que cette notion de *fusion maternelle* pouvait se réfuter au regard des théories de l'attachement et de la SAF.

R. Roussillon nous indique alors que « les personnalités narcissiques s'organisent contre la vie pulsionnelle faute de pouvoir l'introjecter et l'organiser »⁶³⁸. Pour l'auteur, il serait nécessaire d'associer le « manque à être » des pathologies anorexiques avec les difficultés de la fonction « subjectivante du moi »⁶³⁹.

Dans son article *Le narcissisme dans les troubles alimentaires*⁶⁴⁰, V. Marinov nous offre un précieux récit dans lequel il associe la problématique narcissique à celle de l'anorexie mentale. Il introduit son article par cette question : « Quelles pathologies, sinon celles des troubles de conduites alimentaires – anorexie et boulimie comprises – questionnent d'une manière si spectaculaire et si caricaturale le problème des assises corporelles de narcissisme chez l'être humain ? »⁶⁴¹.

Pour l'auteur, la recherche contre-instinctive et obsessionnelle d'un corps maigre ne serait que l'expression manifeste des failles corporelles d'un narcissisme très fragile

⁶³⁵ Ibid., p. 268

⁶³⁶ Kestemberg, E. Kestemberg, J. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Puf p.32

⁶³⁷ Kestemberg, E. et J., Decobert, S. Ibid., p. 36

⁶³⁸ R. Roussillon. (2012). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf

⁶³⁹ Bourdin, D. (2002). « Agonie, clivage et symbolisation » de René Roussillon. *Revue française de psychanalyse*, 66, 265-269.

⁶⁴⁰ Marinov, V. (2001). *Le narcissisme dans les troubles de conduites alimentaires*. Dans : Vladimir Marinov éd., *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 37-69). Paris : Puf p.37.

⁶⁴¹ Ibid., p.37

d'une adolescente en plein déni (en mettant au défi les lois de l'autoconservation). Ces failles seraient pour V. Marinov soutenues par des angoisses d'écoulement et d'effondrement d'un corps monstrueux à l'enveloppe corporelle et psychique terriblement poreuse. Ainsi, le rapport au monde interne et externe du sujet serait porté par des éléments érogènes (sein, bouche, anus, œil...) d'un « moi peau passoire » (au sens d'Anzieu). L'auteur souligne de ce fait un point essentiel de son hypothèse. Pour lui, l'une des particularités de l'anorexie mentale se trouverait dans une tendance « à n'utiliser parfois qu'une seule zone érogène, ou une seule fonction sensorielle en vue de maîtriser cet échange avec le monde »⁶⁴². Il serait alors ici question de parler de « surcharge d'investissement libidinal » sur une zone érogène pas encore indépendante par rapport aux autres. De ce fait, les fantasmes monstrueux caractéristiques des anorexiques seraient expliqués par V. Marinov par ce « surinvestissement » de certaines zones érogènes. Pour se protéger de la soumission qu'imposent les « fantasmes cauchemardesques », l'Anorexique investirait de façon gargantuesque et acharnée le travail scolaire et intellectuel par une *narcissisation de l'esprit*. V. Marinov appelle cela une « défense par illumination »⁶⁴³, défense liée à la *défense* « par idéalisation, à l'expérience d'éblouissement »⁶⁴⁴ et « la régression vertigineuse vers les zones érogènes pré-génitales »⁶⁴⁵ (oro-anal pour reprendre l'expression d'A. Green), au désir « de lumière mystique, un désir de s'avoir et une tentative d'atteindre un orgasme scopique ou d'une vision d'intérieur »⁶⁴⁶. Nous y reviendrons...

V. Marinov souligne donc la problématique narcissique chez la patiente anorexique. Pour l'auteur, s'il apparaît en premier lieu un clivage entre l'autoconservation et le besoin, « on découvre rapidement que ce conflit est miné par la problématique de la fragilité narcissique de ces patientes, narcissisme à son tour imprégné d'agressivité, de violence et de mort »⁶⁴⁷. Ainsi, nous pouvons supposer qu'un narcissisme de mort cohabiterait au côté d'un narcissisme de vie ? La problématique anorexique serait alors sous-tendue par un narcissisme destructeur et porteur d'une marque de négativité ? Pouvons-nous comme V. Marinov l'entend parler d'un *narcissisme de débordement des limites*⁶⁴⁸, moïques et corporelles ?

3.2.2.3 Narcisse, ou la figure anorexique

A. Green nous apporte de précieuses réponses au-delà de nous offrir une traduction du célèbre mythe de Narcisse en lien avec nos précédentes questions. Pour rappel, Narcisse est un jeune homme d'une grande beauté, conscient de celle-ci mais peu sensible à l'attraction qu'elle exerce sur les autres (notamment sur les femmes dont il semble se moquer). Son physique angélique cache en effet un orgueil si dur qu'il rejette sans ménagement ceux et celles qui lui portent intérêt. Les suites de ses rejets ne sont

⁶⁴² Ibid. ; p.38

⁶⁴³ Marinov, V. (1997). Le style anorexique : entre l'opaque et le transparent. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, n°11, 1997

⁶⁴⁴ En lien avec l'expérience de la naissance : Garma, A. (1981). Le rêve. Traumatisme et hallucination. Paris : Puf

⁶⁴⁵ Marinov, V. (2001). Ibid. p.40

⁶⁴⁶ Ibid., p.41

⁶⁴⁷ Marinov, V. (2001). Ibid., p.52

⁶⁴⁸ Ibid., p.66

pas sans conséquences. En effet, la célèbre Echo dédaignée et repoussée par Narcisse, disparut au plus profond du bois pour cacher sa honte et vivre dans les entrailles de la solitude. Son amour pour Narcisse, logé au fond de son triste cœur, dessécha la vitalité de son corps, fatigua son éclat de nymphe qui finit par se décomposer :

« Les soucis qui la tiennent éveillée épuisent son corps misérable, la maigreur dessèche sa peau, toute la sève de ses membres s'évapore. Il ne lui reste que la voix et les os ; sa voix est intacte, ses os ont pris dit-on la forme d'un rocher... Un son voilà tout ce qui survit en elle »⁶⁴⁹.

Narcisse se moque de l'amour que l'on lui porte. « Puisse-t-il aimer, lui aussi, et ne jamais posséder l'objet de son amour »⁶⁵⁰ s'écriera un jour l'une des victimes de son mépris. Après que la déesse Rhamnonte eut exaucé le souhait fatal, Narcisse alla près d'une source pour apaiser sa soif « mais il sent naître en lui une soif nouvelle, tandis qu'il boit, épris de son image, qu'il s'aperçoit dans l'onde, il se passionne pour une illusion sans corps, il prend pour un corps ce qui n'est que de l'eau, il s'extasie devant lui-même, il admire tout ce qui le rend admirable. Sans s'en douter, il se désire lui-même, il est l'amant et l'objet aimé »⁶⁵¹. Fasciné par sa propre beauté, désespéré de ne pouvoir satisfaire cet amour impossible, cet amour de lui-même, « il se laissa mourir de langueur »⁶⁵².

Son incapacité à investir l'objet ne semble pas pouvoir se résoudre dans le fait de n'aimer que soi. Le mythe témoignerait-il de cela ? L'investissement narcissique, au-delà d'enrichir le moi et d'apporter des solutions aux conflits entre l'amour et la haine (de l'objet et de soi), pourrait-il conduire à l'autodestruction ? C'est en tout cas la thèse d' A. Green qu'il nomme par *narcissisme négatif*. Pour l'auteur, le narcissisme négatif affaiblirait toute la puissance libidinale initialement investie sur le moi et provoquerait une fermeture au monde extérieur, une fermeture initiée par la pulsion de mort.

Dans *Narcissisme de vie et Narcissisme de mort*, A. Green différencie donc un narcissisme positif (de vie) et un narcissisme négatif (de mort), dans lesquels nous pouvons distinguer trois investissements libidinaux prévalents. Tout d'abord, un investissement à l'objet (dans lequel le sujet est habité par les choses qui lui sont précieuses), puis un investissement narcissique positif (dans lequel le sujet cherche sa propre satisfaction). Ces deux modes d'investissements pourraient être à l'origine de certains conflits liés au difficile équilibre que demande la relation à soi, aux autres et au monde. Mais les solutions ne sont parfois pas tolérables et deviendraient une source d'angoisse. Ainsi, la haine de soi devenue trop forte rendrait l'investissement objectal impossible. Elle se tournerait uniquement et violemment contre le moi dans l'unique but de le détruire. Ainsi, le narcissisme négatif, qui ne conduirait qu'à la destructivité, ne ferait que réduire le potentiel de vie du sujet, lui-même piégé dans le néant où la pulsion de mort n'agirait sur le moi que pour l'anéantir. En effet, à la différence du *narcissisme positif*, « qui

⁶⁴⁹ Ovide. (0043 av. J.-C.-0017). Les métamorphoses ; texte établi par Georges Lafaye ; émendé, présenté et traduit par Olivier Sers Paris : Les Belles Lettres, DL 2009

⁶⁵⁰ Ibid.

⁶⁵¹ Ibid.

⁶⁵² Ibid.

visé l'accomplissement de l'unité du moi»⁶⁵³, le *narcissisme négatif* « tend au contraire à son abolition dans l'aspiration au zéro»⁶⁵⁴.

3.2.2.4 Retour aux origines mythiques

L'AM semble en effet exister depuis toujours, peut-être depuis qu'Ovide a fait de la célèbre Echo la première figure mythique de l'anorexie mentale. M. Corcos souligne en tout cas « le destin tragique du double féminin du héros », Echo, nymphe déchue et délaissée par ce dernier. Telle une sœur jouant au jeu de l'inceste « schizo frère sœur », le couple Narcisse-Echo peut représenter pour l'auteur « tout le fil de la bisexualité psychique dans l'enfance et de son devenir à l'adolescence»⁶⁵⁵.

Nous pouvons surtout observer à travers ce compte mythique certaines similitudes dans les deux funestes destinées de ces deux adolescents, dictées par de terribles forces sadiques d'emprise. La réalité clinique pourrait-elle les traduire comme la « petite voix anorexique » ?

Que ce soit pour Narcisse ou pour Echo, à travers Tirésias le devin et Junon sa mère, une force dictatoriale a scellé leurs tragiques destins et déterminé leurs chagrins. M. Corcos résume cette tragédie comme une impossibilité à passer ou dépasser le processus adolescent, processus dans lequel le corps et l'âme doivent pouvoir se lier afin d'éviter « le piège anorexique de la dissymétrie soma psyché, l'un ne pouvant être séparé de l'autre »⁶⁵⁶.

« Ne pas parvenir « corps et âme » à franchir l'épreuve de l'adolescence, rester bloqué parce que pétrifié dans le subtil défilé psychique qui mène du soi-même (soi-enfant identifié à l'autre parental) au soi propre (à l'être à soi), tandis que le corps déborde ses limites infantiles et dessine de nouvelles lignes d'ombre »⁶⁵⁷.

Echo a subi la vengeance d'une mère impitoyable et jalouse. Junon accuse en effet sa fille trop bavarde de l'avoir détourné volontairement de son époux adultère, Jupiter, dont l'appétit sexuel pour les jeunes nymphes semble insatiable. L'attirance difficilement dissimulable d'Echo pour le roi des dieux réveilla la colère de sa mère doublement trahie. En effet, Junon punit sa fille de l'avoir trompé, elle, sa mère. Echo aurait-elle alors été sacrifiée pour ne pas avoir révélé la monstruosité d'un père incestueux ? Violente et double punition... Echo serait-elle alors réduite à un objet de séduction d'un père, à un objet narcissique d'une mère, à un objet incestuel d'un couple ténébreux ? Elle semble en tout cas être investie « comme un objet qui permet de pallier les manques psychologiques»⁶⁵⁸ de sa mère. Elle fut punie pour cela, sacrifiée et désérotisée. Son corps vide ne fera que raisonner une écholalie mélancolique, destin d'un féminin menaçant condamné à la répétition. Elle restera le reste de sa misérable vie l'otage du discours et du

⁶⁵³ Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (éd 2007). Paris : les éditions de minuit. p.418

⁶⁵⁴ Ibid., p. 418

⁶⁵⁵ Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis*. Paris : Dunod p.279

⁶⁵⁶ Dumont, P., Terral, D. & Fénéon, D. (2021). Du contrat de poids au contrat moral: Modèle de prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence. *Psychotropes*, 27, 133-148.

⁶⁵⁷ Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis*. Paris : Dunod p.276

⁶⁵⁸ Sandor-Buthaud, M. (2009). Donner la parole à Écho. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 128, 93-100.

désir des autres, sans jamais pouvoir en dire la moindre chose. Tel un fantôme mort-vivant, Echo (au même titre que son double masculin Narcisse) a été condamnée par la prophétie à dépérir sans jamais pouvoir jouir de sa légendaire beauté. Figure des origines féminines, mutilée dans sa chair et condamnée à jouer le reste de sa vie un opéra ô combien mélancolique, Echo représente peut-être, comme sa petite sœur Antigone, la genèse de la blessure du féminin.

3.3 Forces et faiblesses du système défensif

3.3.1 Le moi et son double : clivage, petite voix, bidimension et dissociation

La dichotomie anorexique fait lien avec la séparation du corps et de l'esprit mais pas seulement. Un phénomène étrange est raconté par la quasi-totalité des patientes anorexiques, celui de la *petite voix* que nous avons intuitivement appelé au départ de ce travail « l'autre moi ». Ce phénomène serait pour M. Corcos l'illustration du clivage du moi, défense que l'on retrouverait dans les fonctionnements des personnalités limites.

Nous avons noté qu'historiquement, le concept de *clivage du moi* faisait de suite référence au fonctionnement défensif du sujet psychotique. Cependant, la littérature psychodynamique a offert depuis une cinquantaine d'années au clivage une place de choix dans le tableau synoptique du *trouble borderline*. Pour O. Kernberg par exemple, « le clivage se situe au centre de l'organisation défensive propre à l'ensemble de la pathologie borderline »⁶⁵⁹. Le clivage serait alors chez le sujet « états-limites » une défense qui aurait pour mission de protéger le moi de l'angoisse que susciteraient les objets dangereux, percutants et destructeurs pour la psyché.

Cette petite voix ne serait donc pas le fait d'un délire schizophrénique, ni le fait d'une hallucination acoustico-verbale. Pour rappel, « halluciner » vient du latin *hallucinari* « se tromper », et pourrait se définir en français comme une « perception sans objet »⁶⁶⁰. Or, M. Corcos souligne que dans l'Anorexie, l'objet est bien là, incorporé. L'auteur ne fait cependant pas de l'Anorexique une personnalité divisée mais « absolutisée »⁶⁶¹, coincée entre deux objets, deux temps, deux sexes, deux identités, deux rêves au-delà de l'idéaliser, contaminée par les terreurs de la substance corporelle.

Mais que veut cette voix intérieure qui repousse tout ce qui vient de l'extérieur ? Qui est cette voix si puissante, si tyrannique ? Et surtout, pourquoi toutes ces jeunes filles semblent totalement sous son emprise, telles des victimes soumises à leur agresseur, malheureuses hérétiques écrasées sous l'autorité de leur dictateur, asservies à ses injections, tout aussi sadiques que mortifères ? Ce dictateur interne semble en effet posséder le pouvoir de commander et d'imposer les conduites à tenir, à la manière d'un

⁶⁵⁹ Kernberg, O.F. (1980) : Internal world and external reality. New York : Jason Aronson

⁶⁶⁰ Lehmann, M. (2009). De l'anorexie-boulimie à l'hallucination verbale, de l'objet oral à l'objet voix [1]. *Analyse Freudienne Presse*, 16, 105-113.

⁶⁶¹ Corcos, M. (2021). Ibid. 371

puissant déterminisme auquel il serait impossible d'échapper : « c'est plus fort que moi ». Dociles comme des esclaves, conscientes d'être en porte-à-faux avec leurs désirs profonds, elles obéissent malgré tout, quitte à y laisser la peau. La plupart des adolescentes anorexiques reconnaissent tristement agir à l'inverse de leur propre volonté. A l'image du couple d'opposés que V. Marinov a surnommé « Violence et Clémence », elles semblent paradoxalement conscientes de leurs envies mais ne peuvent échapper à l'absolutisme totalitaire de ce tyran impitoyable qui, toujours selon V. Marinov, « témoigne de l'importance du mécanisme de clivage au sein de ces pathologies »⁶⁶².

Est-ce alors comme le suggère M. Corcos, la voix de la mère ou de l'imgo maternel, incorporée comme un implant au plus profond de son enfant ? Est-ce les fantasmes ou les traumatismes intromis par la séduction originaire ? Et le père, pourrait-il s'absorber ? « Manger le père » et ainsi, prolonger la haine à son égard. L'acte cannibalique le plus archaïque n'est-il pas l'acte fondateur de notre identité où l'incorporation détruit l'objet convoité pour l'implanter, comme introjecté dans le moi, alors que l'inconscient hébergerait l'objet fantasmé ? Est-ce alors le surmoi comme beaucoup le supposent ? Mais le surmoi ne détruit pas, au contraire ! Il régule, il filtre, il interdit certes, parfois de façon tyrannique, mais il équilibre quand bien même il humilie. « Cette voix qui nous détruit »⁶⁶³ nous raconte Solène Revol dans sa biographie, comme si un autre (pas un « Autre métaphysique » comme le dirait V. Marinov, mais un autre issu de la séduction originaire) l'avait condamnée aux travaux forcés tout en venant tout le temps lui rappeler « qu'elle n'est pas assez bien pour les autres ».

Selon M. Corcos, le dictateur serait dans les cas cliniques les plus aigus le fait de « l'identification projective pathologique du parent cannibale mélancolique ». Selon l'auteur, le parent cannibale piraterait ainsi « l'appareil psychique de l'enfant, y imposerait son projectile (prise de tête), un objet psychique viral venimeux qui comme un tison incendierait l'économie interne du sujet »⁶⁶⁴. M. Corcos argumente son hypothèse en donnant l'exemple de ces couples *mères-filles* qui lors des entretiens cliniques, laissent entrevoir le petit jeu de marionnette à travers lequel les lèvres maternelles accompagnent toutes les réponses de leur enfant. A l'inverse, il n'est pas rare d'entendre une adolescente employer le « on » pour parler d'elle : « on s'est pesées avec maman », « on a bien mangé avec maman », « on a bien rajouté une cuillère de féculents avec maman ». Ainsi, la petite voix serait la complice d'un « faux self de renoncement »⁶⁶⁵, une défense opérante qui dirige autant qu'elle tue.

Cette régression si violente et cette perte de contact avec une partie du réel ne serait-il pas le fait d'un « noyau autistique », présent chez certaines anorexiques graves ? V. Marinov aborde en tout cas l'hypothèse d'un « moi bidimensionnel »⁶⁶⁶. La formule est inspirée de la théorie de « l'identification adhésive » de D. Melzer, repris par B. Golse pour décrire l'attachement par imitation (différent de l'accordage affectif). Ainsi, V. Marinov, suppose que l'univers psychique de certaines anorexiques pourrait s'organiser en deux

⁶⁶² Marinov, V.(2008). Ibid., p.167

⁶⁶³ Revol, S. (2018). Une petite voix me disait de maigrir encore. Paris : XO éditions

⁶⁶⁴ Corcos, M. (2020). Ibid., p. 158

⁶⁶⁵ Ibid., p.158

⁶⁶⁶ Marinov, V.(2008). Ibid., p. 40

dimensions, c'est-à-dire qu'elles seraient fixées à une surface qui manquerait d'ouverture à une troisième dimension et à l'identification projective. B. Golse nous transmet que l'identification adhésive viendrait supprimer toute les « discontinuités entre le self et l'objet »⁶⁶⁷, et éliminerait toutes perceptions de limites entre les deux. D. Melzer décrit notamment ce phénomène pour décrire les états « post-autistiques » dans lesquels l'enfant resterait dépendant et collé à l'objet (ce qui rendrait les séparations intolérables). V. Marinov souligne cependant que l'incapacité à l'ouverture vers le tiers, ne serait pas le fruit d'une seule problématique d'identification adhésive mais d'une problématique d'incorporation de l'objet externe. Pour l'auteur, si l'objet tiers (le père) est ressenti comme mauvais et dangereux, on éviterait alors de le prendre en soi en se collant à lui. Une adolescente anorexique peut en effet coller aux autres dans un fonctionnement que V. Marinov nomme « mimétisme caricatural ».

Pour M. Boubli, les défenses dites extrêmes qu'utilise l'adolescente anorexique pourraient se rapprocher de celles que l'on observerait chez les enfants autistes. Selon l'auteure, on retrouverait de commun « un accrochage à une sensorialité parfois démantelée, à des rythmes non libidinalisés qui permettent la fuite dans la bidimensionnalité, la négation de l'objet »⁶⁶⁸. L'auteure note également que la pensée très intellectualisée serait de fait coupée de l'ancrage émotionnel et anéantirait toute créativité si ce clivage était amené à se poursuivre dans la chronicité.

Cette incapacité à accéder à l'objet externe serait alors le fruit d'une « défense post traumatique » ? L'idée qu'un élément traumatique puisse s'infiltrer pourrait se penser au regard de la littérature psychanalytique. C'est en tout cas l'une des thèses avancée par P. Janet qui a été l'un des premiers psychanalystes à modéliser les troubles dissociatifs au regard du traumatisme. Dans ce cas, l'appareil psychique est alors dévasté par un objet traumatique qui perturberait la régulation de l'énergie pulsionnelle de l'adolescente. De ce fait, cette petite voix ne serait que l'expression d'un trouble dissociatif qui s'exprimerait à travers des expériences de dépersonnalisation et de déréalisation post-traumatiques. La dissociation serait alors perçue ici comme une « conséquence psychosomatique »⁶⁶⁹.

Selon N. Seijo, la dissociation serait en effet souvent présente dans les TCA, notamment dans l'anorexie mentale et la boulimie. Pour l'auteure, à l'instar de P. Janet, la dissociation observée dans les cas d'AM serait une « réponse psychosomatique à un traumatisme »⁶⁷⁰. En conséquence, le moi-corporel serait un ennemi extérieur à soi. Esprit et corps seraient alors désolidarisés, conséquence d'une coupure qui mènerait à l'amnésie salvatrice dans la clinique du trauma. On retrouve ainsi chez N. Seijo l'idée de « double » qu'elle associe au « double sens d'être », sentiment qui laisserait le sujet se présenter au monde avec son autre soi : « ce corps, ce n'est pas moi ».

⁶⁶⁷ Golse, B. (1985). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant (éd 2008). Paris : Broché p. 126

⁶⁶⁸ Boubli, M. (1999). Modes de défense et de relations d'objet de type autistique chez des adolescents anorexiques. Dans : International Society for Adolescent Psychiatry éd., Troubles de la personnalité. Troubles des conduites (pp. 151-161). Paris: ÉGREUPP.

⁶⁶⁹ Van der Hart, O., Brown, P. et Van der Kolk, BA (1989). Le traitement du stress post-traumatique par Pierre Janet. Journal du stress traumatique, 2 (4), 379-395

⁶⁷⁰ Seijo, N. (2015). Troubles alimentaires et dissociation. Newsletter 2015 (Vol. 4) : Numéro 1. 10 mars 2015

Notons également qu'en 1979, G. Russel reprend l'hypothèse de P. Janet tombée dans l'oubli qui soutient « la présence d'éléments dissociatifs »⁶⁷¹ chez les patientes anorexiques et boulimiques. Dans la continuité, J. Everill, G. Waller et W. Macdonald mènent en 1995 une étude qui démontre que les troubles dissociatifs observés sans les TCA, et notamment dans les cas de boulimie, seraient « révélateurs d'une histoire d'abus sexuel infantile »⁶⁷². En conséquence, la perte du contact avec une partie de la réalité serait l'expression d'une dissociation traumatique. De plus, en 2002, une autre étude menée J. Hart et G. Waller a révélé « qu'aucune relation dimensionnelle n'a été trouvée entre toutes formes de maltraitance des enfants et la pathologie boulimique » mais que « la négligence et les abus sexuels étaient corrélés à la dissociation »⁶⁷³.

Terminons avec le regard éclairé de V. Marinov qui nous invite à penser le clivage entre le corps et la tête comme une façon d'atteindre le niveau zéro de tension. En effet, pour l'auteur le « moi-tête » pourrait ainsi ressentir une « paix nirvanique »⁶⁷⁴ et rester indifférent au glissement du corps qui se meurt.

3.3.2 La tyrannie anorexique ou l'avatar de l'intégration anale

Comme le rappelle C. Condamin, l'emprise qu'exerce la patiente anorexique sur l'objet est souvent caractérisée par les observateurs (initiés ou non) comme de la « tyrannie » voir de la « cruauté »⁶⁷⁵. L'auteur souligne cependant que ces attitudes de contrôles ne seraient que le reflet d'une dynamique familiale autoritaire dans laquelle certains des membres pourraient sur plusieurs générations s'être retrouvés disqualifiés voire désubjectivés. Alors, tyrannie subie ou tyrannie de répétition ?

La tyrannie semble cependant correspondre à un fonctionnement spécifique de l'AM. Notons que le terme de « tyrannie » apparaît plusieurs fois dans le rapport de l'HAS pour décrire le fonctionnement anorexique et notamment dans le lien qu'elle peut entretenir au sein de la famille. Il est en effet spécifié que « plus le sujet est jeune, plus le contrôle et la tyrannie familiale sont majeurs ». Rappelons que cette tyrannie va cependant se déployer aussi bien dans l'investissement narcissique du sujet que sur l'objet. Il apparaît également dans le même rapport que la tyrannie anorexique « va progressivement régir la vie de la famille ». Au regard de ce compte-rendu, « la tyrannie » peut se considérer comme un élément caractéristique du fonctionnement anorexique.

Pour rappel, la tyrannie se définit selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales comme : « en parlant d'une personne, celui qui gouverne de manière autoritaire et absolue, en s'appuyant sur l'oppression et la terreur ». Mais

⁶⁷¹ Russell, G. (1979). Boulimie nerveuse : une variante inquiétante de l'anorexie mentale. *Médecine psychologique*, 9(3), 429 - 448.

⁶⁷² Everill, J., Waller, G. et Macdonald, W. (1995). Dissociation chez les femmes boulimiques et sans troubles alimentaires. *Journal international des troubles de l'alimentation*, 17 (2), 127-134.

⁶⁷³ Hartt, J., Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect*. Volume 26, Issue 9, 2002, Pages 923-938. ISSN 0145-2134

⁶⁷⁴ Marinov, V. (2008). *Ibid.*, p.194

⁶⁷⁵ Condamin, C. (2005). Anorexie mentale: Pathologie des liens entre les générations. *Le Divan familial*, 14, 147

l'autosadisme mortifère déjà évoqué dans ce travail nous rappelle que l'anorexique reste avant tout, comme le dirait M. Corcos, un « tyran tyrannisé »⁶⁷⁶.

Nous avons noté dans ce travail que la psychanalyse avait depuis les années 60 détaché l'AM de l'hystérie et de la régression orale devant la sexualité génitale. L'oralité est en effet généralement rattachée au refoulement du désir inconscient d'incorporation orale. Comment effectivement ne pas faire de l'anorexie une pathologie de l'oralité tant le conflit semble s'organiser autour de la sphère orale ?

Mais il semble cependant qu'il n'est pas question d'annuler ou de nier la problématique orale au sein des TCA. Peut-être qu'un lien entre oralité et analité pourrait se faire par le biais du sadisme ? En effet, pour rappel, K. Abraham⁶⁷⁷ divise le stade oral en deux phases : une phase précoce (ou préambivalente) et une phase cannibalique (ou sadique). De plus, le cannibalisme semble correspondre au fantasme contre lequel lutte l'anorexique, au-delà du fait que la boulimique y succomberait... Pour M. Gross, l'adolescente anorexique refoulerait sa pulsion cannibalique. En effet, dans une perspective d'incorporation, c'est-à-dire de dévoration et donc de destruction de l'objet désiré, l'anorexique sentirait le danger (l'effroi ?) face à ce fantasme sadique (et les conséquences d'un tel acte). Ainsi, « ne pas s'alimenter et se taire restent alors la seule alternative qui la préserve d'exercer ses pulsions refoulées cannibaliques »⁶⁷⁸.

Cependant, et malgré le nombre important de publications qui associent toujours les TCA à une « clinique particulière de l'oralité »⁶⁷⁹, M. Corcos nous rappelle que l'AM a souvent été « rattachée à l'analité »⁶⁸⁰. En effet, l'auteur retient un ensemble de manifestations qui pourrait tout à fait orienter le débat vers l'hypothèse de « la personnalité perverse » (au sens freudien : enfant pervers polymorphe), avatar d'une sexualité régressée au temps des conflits du stade sadique-anal : les pensées obsédantes ; la fécalisation des objets (notamment des aliments) ; du corps et des besoins ; une idéalisation de l'intellect ; les relations d'emprises et de manipulateur sur les objets...

N. Dumet et K. Duclos notent que ces conduites défensives constitutives du tableau clinique anorexique, nous rappellent que *la passivité* reste la position terriblement redoutée chez les sujets anorexiques. En effet, ce besoin d'emprise sur l'objet, cette hyperactivité sadomasochiste et cette obsession de contrôle permanent révéleraient les « forces et avatars de l'intégration anale ». C'est en effet à N. Dumet et K. Duclos que nous devons l'hypothèse de l'AM comme une *pathologie de l'analité*. Pour ces auteurs, « l'investissement anal serait au cœur de la problématique à la fois narcissique et psychosexuelle de l'anorexique », et que « cette dynamique anale va être engagée dans la construction identitaire féminine du sujet »⁶⁸¹.

⁶⁷⁶ Corcos, M. (2021). Ibid., p.160

⁶⁷⁷ Abraham, K. (1977). Œuvres complètes. Vol. 2. Développement de la libido : formation du caractère, études cliniques : 1913-1925. Paris : Payot

⁶⁷⁸ Gross, M. (2015). Anorexie mentale et pulsion cannibalique. *Le Journal des psychologues*, 325, 72-76.

⁶⁷⁹ Chemama, R. (2009). Quelques réflexions sur la clinique de l'oralité: À partir d'un cas d'anorexie. *Journal français de psychiatrie*, 33, 36-40.

⁶⁸⁰ Corcos, M. (2011). Ibid., p. 14

⁶⁸¹ Dumet, N. (2009). Ibid., p.219

L'organisation anale semble en effet apparaître dominante dans la problématique anorexique. Pour J. Schaeffer, rappelons que le moi de l'anorexique se défendrait de la poussée constante de la grande quantité libidinale. Ainsi le *moi fécal* s'emparerait de la solution répressive pour se dégager des trop pleins libidinaux. Le refus de la passivité décrit par C. Chabert serait à la source de l'activité masochiste (retournement de la passivité en activité pour se protéger des impressions traumatiques ravivées par la séduction de l'objet génitalisé). De ce fait, le contrôle acharné de l'anorexique permettrait de faire vivre un corps et d'en éprouver les limites. Comme le rappelle J. Schaeffer, « c'est le contrôle anal qui permet au moi de se sentir [...] maître en sa demeure »⁶⁸².

N. Dumet ajoute à ce propos :

« Faute de possibilité d'appui sur l'archaïque objectal, une solution de repli narcissique s'offre dans le corps et la maîtrise de ce dernier. Dans ce sens, nous pouvons donc bien entendre la psychopathologie anorexique, au-delà de la convocation orale, et en deçà de la convocation génitale, comme une tentative de récupération anale - par défaut - de soi »⁶⁸³.

On retrouve effectivement dans le tableau clinique anorexique un déplacement de l'investissement libidinal de la zone buccale vers la zone anale. Pour rappel, le stade anal, initialement appelé par S. Freud « stade sadique anal », peut se définir comme : « le deuxième stade de l'évolution libidinale, selon Freud, qu'on peut situer approximativement entre deux et quatre ans ; il est caractérisé par son organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anale : la relation d'objet est imprégnée de significations liées à la fonction de défécation (expulsion rétention) et à la valeur symbolique des fèces. On y voit s'affirmer le sado-masochisme en relation avec le développement de la maîtrise musculaire »⁶⁸⁴.

En ce sens, l'hypothèse de N. Dumet peut rejoindre les idées freudiennes qui soutiennent que la régression au stade anal s'accompagne d'une importante composante auto-érotique narcissique. K. Abraham note également que le plaisir focalisé sur la rétention ou l'expulsion des matières fécales s'accompagnerait, dans une dimension sadique, d'une volonté absolue de maîtriser l'objet. En effet, le contrôle des objets fécalisés serait à comprendre comme un défi lancé aux parents, défi qui assiérait le pouvoir de domination sur leur supposée autorité. Ainsi le phénomène de *Rétention-Expulsion* propre à l'analité, serait à la source de la jouissance de l'éjection, du contrôle et de la rétention fécale observé dans le « refus anorexique », refus de la passivité marqué cependant par le reliquat de ce que A. Green appelait « l'analité primaire »⁶⁸⁵ (analité très infiltrée d'enjeux narcissiques).

N. Dumet et K. Duclos soulignent qu'il existerait à travers l'activité de l'anorexique, activité sado-masochiste qui illustre le retournement de la passivité et le renversement pulsionnel, une « analité insuffisamment tempérée et même libidinalisée » (analité

⁶⁸² Schaeffer, J. (1997). Ibid., p.46

⁶⁸³ Dumet, N. (2009). Ibid., p.221

⁶⁸⁴ Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). Ibid., p.461

⁶⁸⁵ Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. Revue française de psychanalyse, 63, 1587-1600..

primaire). De ce fait, cette « toute puissance imaginaire primitive » semblerait pour les auteurs lyonnaises participer à une étape fondamentale, un passage obligé qui permettrait de renforcer le narcissisme défaillant de la jeune fille anorexique. Par conséquent, la mégalomanie observée dans le comportement de l'Anorexique ne serait plus à considérer comme le « drame » de sa maladie mais bien comme un mouvement défensif nécessaire à l'indispensable trajet vers la subjectivité, trajet qui ne peut qu'emprunter les voies des relations objectales, *a fortiori génitales*, lesquelles nécessiteront inéluctablement l'investissement de la passivité, terreau de la subjectivité. Comme le supposait B. Rosenberg⁶⁸⁶, c'est en effet bien en investissant la passivité que le sujet va pouvoir passer d'une relation narcissique à une relation objectale. Et comme le défend J. Schaeffer, « c'est l'accès à la passivité qui permettra un enrichissement du moi »⁶⁸⁷.

Pour terminer, nous soulignerons que l'activité anale reste nécessaire pour renforcer le narcissisme et donc se protéger de l'intrusion de l'objet. Ainsi, l'objet sera fécalisé de façon à être manipulable et donc mis à distance, hors de danger. Par conséquent, N. Dumet souligne que cette mise en acte « du refus de la féminité/passivité »⁶⁸⁸ impliquerait une relation sadique à l'objet et entraînerait une fécalisation de l'objet (fécalisation que les soignants de pédopsychiatrie ne connaissent que trop bien). Elle écrit ainsi que la « fécalisation de l'objet » qui s'observe dans les relations de soins illustre toute la violence des relations sujet/objets. L'auteur invite par conséquent les équipes soignantes, non pas à supporter mais « transformer » ces mouvements d'emprise anale en une maîtrise de l'objet, maîtrise indispensable pour accéder au plaisir que peut procurer la position de passivité.

3.3.3 L'alexithymie : de l'interdit d'éprouver au silence des émotions

Nous avons précédemment souligné que l'alexithymie était pour la psychosomatique ou la psychologie cognitive un symptôme central du syndrome de l'AM. En effet, au regard des différents courants de recherche, l'adolescente anorexique semble en difficulté pour ressentir et exprimer ses émotions. Les neurosciences expliquent cette altération émotionnelle en avançant l'hypothèse du déficit cognitif lié à un « trouble du traitement de l'information émotionnelle »⁶⁸⁹.

Cependant, comme le souligne M. Corcos, ces difficultés émotionnelles semblent du fait d'un « problème de réseau affectif et non cognitif »⁶⁹⁰. En effet, comme noté auparavant, il ne peut exister d'impulsions affectives issues du corps lorsque le clivage corps/esprit est si prégnant. Tout semble en effet organisé chez l'Anorexique pour lutter contre les sensations corporelles et les impressions affectives. Hors du champ des affects,

⁶⁸⁶ Rosenberg, B. (1999). La passivité comme condition et « ouverture » à l'objectalité. *Revue française de psychanalyse*, n^o(sup> 63), 1651-1664.

⁶⁸⁷ Schaeffer, J. (1995). Le locataire. A propos de la location du vagin à l'anus. *Revue française de psychanalyse*, (59), 885-890

⁶⁸⁸ André, J. (1995). Au origines féminines de la sexualité. Paris : Puf p.152

⁶⁸⁹ Doba, K., Nandrino, J. (2008). Dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale : perspective interactionniste. *Bulletin de psychologie*, 494, 145-157.

⁶⁹⁰ Corcos, M. (2021). *Ibid.*, p. 46

protégée de la vie libidinale, l'Anorexique semble en effet se construire une forteresse contre les émotions. Ainsi, tel un bouclier, le refuge hétérotopique protège l'adolescente des supposées souffrances et des fantasmes ténébreux. Comme le dirait V. Marinov, l'adolescente anorexique recherche à atteindre le Nirvana, lieu « d'extase » dans lequel toutes les tensions sont bannies. Le retour au point zéro qui tend vers le rien, mais qui offre malgré tout au monde extérieur une impression d'une parfaite maîtrise cognitive, « tout en courtoisie et en faux self »⁶⁹¹.

M. Corcos rappelle dans *Le corps absent* qu'une émotion n'est pas le fruit d'une réalité psychique pure mais bien une construction qui ne peut que se déployer à partir du corps propre. L'alexithymie que l'on retrouve dans l'anorexie serait donc la conséquence d'une coupure entre l'impulsion corporelle et l'affect, coupure liée au clivage corps-psyché et responsable d'une déliaison somatopsychique.

De même que A. Green définira quant à lui l'alexithymie non pas seulement comme une absence de mots pour nommer les affects « mais [...] l'impossibilité de connaître les états affectifs, c'est-à-dire d'en prendre conscience »⁶⁹².

Pour rappel, l'alexithymie, concept qui désigne l'incapacité à exprimer une émotion, est un concept issu de la neuropsychologie mais que la psychanalyse a retranscrit au regard du concept de *la pensée opératoire* développé par P. Marty.

G. Pirlot nous indique par ailleurs que la *pensée opératoire* se définit « comme une modalité du fonctionnement mental qui repose sur l'absence de symbolisation »⁶⁹³. La pensée opératoire relèverait donc d'une perception issue du ressenti contre-transférentiel de l'analyste alors que l'alexithymie relèverait quant à elle d'une donnée objectivable issue d'un certain type de fonctionnement mental singulier. De ce fait, si les deux concepts renvoient à des évaluations différentes, qualitative pour le premier, quantitative pour le second, G. Pirlot note cependant que « les deux traitent des singularités et différences entre fonctionnement psychique et capacités cognitives »⁶⁹⁴.

Si M. Corcos souligne que l'alexithymie serait un symptôme occidental, un « mal contemporain » d'une société qui sacrifie les émotions au dépend de pseudo-affects terriblement stéréotypés et réducteurs, qui plus est abondamment véhiculés par la télévision et les influenceurs d'Instagram totalement dépersonnalisés, notons que P. Sifneos a décrit deux formes d'alexithymie :

Il décrit en premier lieu une *alexithymie primaire* dans laquelle le système limbique, siège des émotions, serait peu ou mal connecté avec le néocortex. De ce fait, les stimuli se retrouveraient sans matériel représentatif et ne pourraient que s'exprimer sous forme de mise en acte (combat, fuite...).

Il décrit en second lieu une *alexithymie secondaire* qui proviendrait d'une expérience traumatique « dévastatrice subie à l'âge préverbal pouvant rendre un enfant incapable d'exprimer des émotions par les voies du langage »⁶⁹⁵. Nous l'avons noté au

⁶⁹¹ Ibid., p.48

⁶⁹² Green., A. (1993). Ibid.

⁶⁹³ Pirlot, G. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès, La Revue*, 68, 73-81

⁶⁹⁴ Pirlot, G. (1997). Les Passions du corps. La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes. Possessions et conflits d'altérité. Paris : Puf

⁶⁹⁵ Sifneos, P.E. (1995). Psychosomatique, alexithymie et neurosciences. *Revue française de psychosomatique*, vol. 1, 1995, p. 27-35.

regard de la dissociation, mais ce serait donc l'alexithymie secondaire qu'on retrouverait dans l'anorexie. G. Pirlot, note en effet qu'on retrouverait l'alexithymie secondaire dans les affections d'ordre psychosomatique et post traumatique, ainsi que dans « l'anorexie et la boulimie »⁶⁹⁶.

Pour terminer, notons que M. Corcos a mené une série d'études⁶⁹⁷ qui ont démontré qu'il n'était pas possible de justifier si l'alexithymie était sous-jacente et préexistante aux conduites anorexiques. L'auteur note donc que l'alexithymie pourrait être envisagée comme « un mécanisme de défense vis-à-vis des agressions internes ou externes, très tôt structuré dans l'enfance »⁶⁹⁸. Et si M. Corcos rejette l'idée d'une discontinuité entre l'alexithymie primaire et secondaire, rejetant ainsi l'hypothèse génétique neurophysiologique, il suppose qu'elle pourrait apparaître dans une régression d'un sujet dont l'appareil psychique serait en lutte contre le trop plein d'une « surcharge d'excitation traumatique »⁶⁹⁹.

3.4 L'Anorexie mentale à l'épreuve du soin

3.4.1 L'anorexie mentale dans le soin d'hier à aujourd'hui

Depuis le XIXème siècle, le traitement de l'AM a évolué au rythme de la recherche et des avancées de la médecine. Malgré tout, il paraît souffrir d'une certaine obsolescence dans certains services hospitaliers, de France et du reste du monde. En effet, si les mœurs et les méthodes thérapeutiques se sont adoucies à mesure que la psychiatrie a grandi et que le curseur de l'intolérable s'est déplacé, l'isolement des adolescentes anorexiques et la séparation avec leurs familles n'a que depuis peu de temps été remis en question. Et pourtant, comme le soulignait G. Raimbault, « on ne sait généralement plus d'où vient cette pratique, ni quelle est l'idéologie scientifique qui la sous-tend »⁷⁰⁰.

Notons que la majorité des soins apportés aux différents troubles psychiatriques ne souffre actuellement d'aucune comparaison possible avec la psychiatrie ancienne, mais certaines bases du traitement de l'anorexie mentale posées par L.V. Marcé sont effectivement toujours pratiquées en France dans certains établissements. Dans sa thèse de 1860, L.V. Marcé soulignait qu'il était préférable d'éloigner la patiente de sa famille (séparation). Quant à l'hospitalisation, il recommandait la *fermeté* et l'*intimidation* (contraintes)⁷⁰¹. Il est également le premier à recommander la renutrition par sonde naso-gastrique et interdit fermement toutes les activités physiques tant que le poids n'est pas revenu dans la norme (précaution). Et si W. Gull et E. Lasègue insistent sur la fermeté de la cohérence thérapeutique, ils encourageaient malgré tout la souplesse et l'écoute au-

⁶⁹⁶ Pirlot, G. (2014). Ibid.

⁶⁹⁷ Corcos, M., Guilbaud, O., Jeammet, Ph., *et al.* (1998). Place et fonction du concept d'alexithymie dans les TCA. *Annales médicopsychologiques*, 156 (9).

⁶⁹⁸ Corcos, M. (2000). Ibid., p.243

⁶⁹⁹ Ibid., p.244

⁷⁰⁰ Raimbault, G. (1989). Ibid, p.16

⁷⁰¹ Luauté, J., Lempérière, T. & Garrabé, J. (2010). Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale: Un parcours et un destin météoriques. *Devenir*, 22, 339-359.

delà d'avertir sur la caractéristique contre-productive des méthodes coercitives. G. Raimbault le souligne d'ailleurs qu'au-delà d'être un exemple d'irréprochabilité, E. Lasègue n'a jamais prescrit l'isolement, contrairement à J.M. Charcot, ironiquement considéré comme l'ancêtre modèle de la psychiatrie moderne, qui revendiquait sans ménagement l'isolement et la fermeté, plébiscitant et s'appuyant sur les trois instances fondant la fonction de médecin d'asile. En effet, M. Foucault⁷⁰² nous rappelle que les médecins d'asiles ne pouvaient faire fonctionner leurs projets « thérapeutiques »⁷⁰³ qu'en respectant 3 instances : l'Ordre, l'Autorité et le Châtiment.

Le comble de l'ironie est souligné par G. Raimbault. L'auteur nous rappelle que les adolescentes anorexiques au début du XXème siècle étaient le plus souvent envoyées par J-M. Charcot dans des cliniques tenues par des religieuses « bienveillantes » mais « fermes ». Voici ce que G. Raimbault en disait : « le psychiatre pouvait, semble-t-il sans crainte, déléguer son Autorité à ces religieuses très expertes. Il les chargeait aussi bien de maintenir l'Ordre. Quant à l'autorisation ou non de voir les parents, elle a bien fonction de Châtiment (ou de récompense...) dont celui qui détient l'Autorité use à son gré »⁷⁰⁴.

Les contraintes liées au traitement de l'AM existent donc depuis que la psychiatrie en a fait une entité nosographique. Les anorexiques ont souffert, de la même façon que les hystériques ont connu l'enfer des tortures, des cachots, des contentions et des isolements. Il serait cependant impensable qu'un traitement par séparation, contrainte ou isolement soit aujourd'hui pratiqué sur une adolescente névrosée. Et pourtant, les adolescentes anorexiques connaissent encore à ce jour dans certaines institutions des traitements similaires aux patientes de J-M. Charcot, soumises à l'autorité, sans possibilité d'exprimer le moindre désir. Un *double isolement* existe bel et bien. *L'isolement anorexique* se retrouve en effet isolé par la contrainte hospitalière, à l'abri et protégé des mouvements de vie potentiellement terrifiants. Enfermer ce qui est déjà caché ne semble qu'alimenter la jouissance de la contrainte recherchée par des adolescentes déjà bien enfermées dans leurs comportements masochistes et mélancoliques.

Dans *Le pavillon des enfants fous*⁷⁰⁵, V. Valère raconte son isolement et nous permet d'observer les similitudes des consignes appliquées par J-M. Charcot et certains médecins d'aujourd'hui. De l'isolement aveuglé prescrit au déni incroyable de la subjectivité, les adolescentes anorexiques du XIXème siècle à nos jours ont connu et connaissent encore des traitements qu'aucun psychiatre n'oserait imaginer pour une patiente aux prises d'une névrose grave ou d'une dépression. Laissons V. Valère nous raconter l'expression de son injustice :

« Quel crime ai-je donc commis ? Refuser le monde : crime puni de prison à perpétuité. Ils me manipulent comme un vulgaire ramassis d'os, dénué de toute pensée, de tout sentiment »⁷⁰⁶.

⁷⁰² Foucault, M. (1961). Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris : Plon

⁷⁰³ En ce temps, les soins psychiatriques se situent à la frontière du judiciaire

⁷⁰⁴ Raimbault. G. Ibid., p. 19

⁷⁰⁵ Valère, V. (1978). Le pavillon des enfants fous. Paris : Hachette

⁷⁰⁶ Ibid., p. 17

A. Perroud accorde à D. Howell le mérite d'avoir été le premier à s'insurger contre les pratiques « carcérales » utilisées dans le traitement de l'AM. Or nous l'avons vu, E. Lasègue ne semble jamais avoir abusé de son autorité et a toujours fait preuve d'une grande tolérance à l'égard de ses patientes. Il reste également toujours optimiste - les appétits limités sont déjà « un signe favorable »⁷⁰⁷ - et n'a d'ailleurs constaté « aucune récurrence »⁷⁰⁸, en conséquence peut-être, du respect qu'il avait pour chacune de ses patientes. Ceci-dit, D. Howell a, il est vrai, désavoué le caractère trop inhumain des traitements réservés aux adolescentes anorexiques (on peut le lire dans un extrait du *Lancet* de 1888⁷⁰⁹).

Il semblerait que l'AM resterait à ce jour le trouble psychiatrique « le plus difficile à soigner »⁷¹⁰ et malgré l'évolution de la médecine, il n'existe « aucune preuve convaincante » qui pourrait démontrer quelles méthodes thérapeutiques seraient la plus efficace. Au regard des progrès considérables apportés par la recherche, les hypothèses étiopathogéniques des fonctionnements et des mécanismes ont pu se valider ou se réfuter et certains consensus ont pu s'établir. Certaines équipes de soins appliquent cependant des protocoles thérapeutiques strictes en lien avec leurs proches recherches scientifiques (l'école de Milan de M. Selvini, l'école de Londres et le modèle Maudsley). Malgré tout, aucune méthode de soins semble apporter de meilleurs résultats. Pour F. Askenazy, il serait en tout cas impossible d'apporter un « niveau de preuve suffisant pour indiquer de façon précise tel ou tel type de prise en charge pour l'anorexie mentale »⁷¹¹. En effet, les recommandations des équipes de recherche anglaises⁷¹², allemandes⁷¹³ ou françaises⁷¹⁴ proposent par exemple des divergences dans leurs propositions thérapeutiques et n'aboutissent pas à « des recommandations spécifiques » par manque de résultats suffisamment significatifs et de preuves scientifiques internationales de niveau A⁷¹⁵.

C'est donc au fil du temps différents modèles de prise en charge issus des différentes filières de la psychiatrie et de la psychologie qui ont émergé. Et si E. Lasègue avait déjà souligné en 1873 les difficultés relationnelles familiales pour ses patientes, ce

⁷⁰⁷ Lasègue, C-E. (1884). De l'anorexie hystérique. Extrait des « Archives générales de médecine », (Paris), VIe série, tome 21, volume 1, 1873, pp. 386-403. Repris dans les « Etudes médicales », (Paris), tome I, 1884, pp. 546-566.

⁷⁰⁸ Ibid.

⁷⁰⁹ Perroud. A. (2021). Ibid p. 75

⁷¹⁰ Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry*.

⁷¹¹ Askenazy, F., Dor, E., Battista, M. (2013). Libérer la contrainte : les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 61, Issues 7-8, 2013, Pages 428-432.

⁷¹² National institute for Health Clinical Excellence, NICE. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders; 2004.

⁷¹³ Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(40):678-85 [Epub 2011 7].

⁷¹⁴ Haute Autorité de santé, HAS. Anorexie mentale : prise en charge. 2010

⁷¹⁵ Selon HAS, le niveau A est basé sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau 1 : ex. essais comparatifs randomisés de forte puissance, sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées).

n'est par exemple qu'après les années soixante-dix que les thérapies familiales feront leur essor. Elles sont aujourd'hui généralement recommandées. On retrouve trois grandes approches :

- L'approche structurale en thérapie familiale qu'on retrouve chez le médecin argentin spécialisé en thérapie familiale S. Minuchin. Il défend l'hypothèse que l'AM serait une maladie psychosomatique qui émergerait au sein des structures familiales. Il propose de ce fait d'orienter le soin vers la réorganisation des structures familiales en favorisant « la flexibilité adaptative aux changements »⁷¹⁶.
- L'Approche de Milan, ou la thérapie familiale stratégique de Milan, portée par la psychiatre M. Selvini-Palazzoli ⁷¹⁷. Dans une démarche de thérapie familiale, elle organise le soin autour des processus de communication identifiés au sein des interactions familiales et du « développement du jeu familial ».
- Le modèle anglais du Maudsley Hospital, élaboré par l'équipe du « Maudsley Hospital »⁷¹⁸ de Londres au regard des modèles systémiques et comportementalistes. L'équipe du Maudsley suggère une éthologie multifactorielle aussi bien biologique que psychologique, que familiale et sociologique. Pour cela, ils proposent d'axer leurs démarches de soins à travers les interactions triangulaires qui s'articulent autour de l'individu, la famille et le symptôme.

Les thérapies individuelles et de groupes sont à ce jour toujours autant recommandées. Toutes aussi spécifiques que différemment structurées, les psychothérapies offrent au patient un espace singulier dans lequel il sera écouté, accompagné et encouragé de façon particulière selon les différentes approches (centrées sur l'individu, sur le symptôme, sur le corps...). Si l'on considère que les premières démarches thérapeutiques ont commencé avec E. Lasègue en 1870, il faudra attendre un siècle pour que la psychanalyse s'intéresse de près à l'AM avec le travail des Kestemberg et de S. Decobert. En parallèle différentes approches ont émergé dans le domaine de la psychologie contemporaine :

- L'approche en Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC), qui axe le soin autour de *patterns singuliers* identifiés dans l'ici et maintenant.
- L'approche MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Traitement for Adults), développée par l'équipe du Maudsley Hospital qui articule la thérapie sur une base de programme mené sur 20 à 40 sessions.
- La psychoéducation, qui base l'approche thérapeutique autour de partage d'informations sur la nature du trouble.
- La remédiation cognitive, qui vise à restaurer et renforcer les capacités cognitives dites « altérées ».
- L'approche pleine conscience, qui porte son attention sur le moment présent.
- Les approches motivationnelles et d'acceptations qui se basent sur l'engagement thérapeutique.

⁷¹⁶ Minuchin, S. (1979). Familles en thérapie. Delarge (réédition chez Erès). Paris

⁷¹⁷ Selvini, M., Selvini Palazzoli, M., Allegra, G., Babando, R., Basile, P., Bedarida, L .. & Serra, T. (2003). Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 : Une étude quantitative sur les résultats de la psychothérapie familiale. *Thérapie Familiale*, 24, 381-402.

⁷¹⁸ Hendrick, S. (2009). Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie Familiale*, 30, 211-233. y

- Les approches groupales, qui comme toutes psychothérapies, s'organisent au regard de ses moyens (psychologiques), son objet (les conflits, internes et externes), sa fonction (la relation interhumaine) et ses buts (l'équilibre).

La méthode psychodynamique, critiquée par la psychiatrie contemporaine et délaissée par une grande partie des thérapeutes d'enfants, propose cependant au patient un espace individuel dans lequel une variété de stratégies peuvent être utilisées en fonction des besoins : une exploration orientée vers l'introspection, la relation aux autres et au monde ; un soutien à l'élaboration des conflits interpersonnels ; une écoute singulière et une prise en compte des mouvements transférentiels, indispensables pour se décaler des passions tristes ô combien inhibitrices des mouvements vers la vie raisonnable. « Aucune véritable recherche »⁷¹⁹ ne peut malencontreusement valider l'efficacité défendue ici. Rappelons cependant que la méthode psychodynamique se diffère de la psychanalyse classique proposée pour la cure du sujet adulte en cabinet sur un divan.

De S. Ferenczi à P. Fedida, nombreux sont les psychanalystes qui ont proposé de repenser le cadre de la cure classique imaginé au départ par S. Freud pour l'Hystérie. En effet, S. Ferenczi, dans *L'enfant dans l'adulte*, militait déjà pour une thérapie « réparatrice » afin d'éviter que les attitudes froides et frustrantes des thérapeutes ne viennent répéter les traumatismes initialement vécus par le patient dans son enfance. En effet, l'attitude autoritaire du thérapeute jouant au parent dépourvu d'empathie rendrait la thérapie « inadéquate voire cruelle »⁷²⁰. L'auteur lance ainsi « le projet de l'analyse mutuelle » et « l'élasticité de la technique », véritable héritage du concept de « contre-transfert » (qui demande une remise en question du thérapeute et l'analyse de ses projections). De plus, S. Ferenczi ose poser la question centrale : « Qui sont les plus fous ? ». Entre les enfants et les adultes, les patients ou les analystes ? Il tranchera pour les adultes et les psychanalystes... Par conséquent, S. Ferenczi invite les psychanalystes, ou les psychologues d'orientation psychanalytique, à pouvoir régresser afin d'accéder aux profondeurs infantiles du sujet. S. Ferenczi encourage par conséquent une méthode plus active, plus engageante et sympathique au demeurant. V. Estellon nous rappelle que cette « attitude modeste et honnête permettrait de gagner la confiance des patients »⁷²¹. En effet, les patients dont le narcissisme est fortement blessé ne pourraient en effet pas régresser dans le jeu de la libre association face au silence austère du thérapeute. Mais V. Estellon prévient également que le désir de l'analyste trop empathique, « empâté dans l'empathie et dans la *furor sanandi* »⁷²² pourrait *in fine* induire un effet d'emprise du thérapeute sur le patient.

A la suite de S. Ferenczi, P. Fedida a également proposé un cadre plus adapté aux patients dits limites. En effet, il souligne que le sujet borderline serait aux prises avec une « immense avidité orale à être écouté et compris »⁷²³ mais que paradoxalement, il ne

⁷¹⁹ Kaplan, A-S. (2002). Traitements psychologiques de l'anorexie mentale : une revue des études publiées et de nouvelles orientations prometteuses. *Journal canadien de psychiatrie*. 2002 ; 47 : 235–242

⁷²⁰ Ferenczi, S. (1931). *L'enfant dans l'adulte*. Paris : Payot

⁷²¹ Estellon, V. (2010). *Les états limites* (éd 2019). Paris : Puf p.111

⁷²² Estellon, V. (2020). *Terreur d'aimer et d'être aimé*. Toulouse : Eres p.207

⁷²³ Fedida, P. (2002). Le psychanalyste : un état limite ?. Dans : Jacques André éd., *Transfert et états limites* (pp. 85-104). Paris : Puf

supporterait pas « être entendu ». En effet, pour P. Fédida, « être entendu (...) ce serait ouvrir l'abîme de la mort violente ou de la folie »⁷²⁴. Par conséquent, l'analyste face aux « cas difficiles » qui imposent une certaine finesse de l'esprit et une exigence rude à toute épreuve, ne peut que se positionner dans une « sincérité empathique », une sincérité humaine capable de « dire ce qu'il a à dire dans le dialecte que le patient peut entendre par ce qu'il est le sien propre »⁷²⁵. Ainsi, comme le rappelle A. Braconnier, l'accompagnement psychothérapeutique des fonctionnements limites de l'adolescence exige avant tout de la « souplesse »⁷²⁶ et de l'adaptation.

3.4.2 L'hospitalisation en pédopsychiatrie, au-delà de la contrainte

Comme le rappelle N. Godart, « l'hospitalisation complète reste une éventualité rare »⁷²⁷ pour les adolescentes anorexiques. Les suivis en ambulatoire sont en effet majoritairement préconisés par l'HAS (*Anorexie mentale*, publié en 2010). L'hospitalisation complète s'envisage donc sur des critères bien définis comme la dénutrition sévère, une perte de poids rapide, un risque de passage à l'acte suicidaire et de dépression. Elle est bien évidemment indiquée en cas d'urgence somatique ou psychique, en cas d'épuisement ou de crise familiale, ou encore en cas d'échec des soins ambulatoires. La décision d'hospitalisation dépend donc de critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux bien définis.

J.M. Charcot a été le premier à préconiser l'hospitalisation forcée, associant séparation et isolation, nous l'avons vu. Mais B. Brusset nous rappelle que ces méthodes, parfois encore pratiquées, ne garantissent pas les résultats de rétablissement et « peuvent même être facteur d'aggravation »⁷²⁸.

Dès les années soixante, des psychiatres comme M.F Queritet, B. Brusset et Ph. Jeammet se sont opposés aux hospitalisations automatiques tout en privilégiant la priorité du travail psychologique (sans pour autant sous-estimer les conséquences de la dénutrition). Notons effectivement que pour certaines écoles, la reprise de poids reste le principal objectif. B. Brusset considère que ces deux objectifs doivent se regrouper afin de restaurer le clivage corps/esprit propre à l'AM.

Ph. Jeammet a selon certains auteurs français « prouvé » l'efficacité d'une hospitalisation sans contrainte, sans surveillance des repas et sans isolement tout en associant les jeunes patientes à la vie institutionnelle ainsi que la prise en charge familiale par l'intermédiaire de groupes de parents. Ph. Jeammet soutient ainsi l'idée que

⁷²⁴ Ibid. p.96

⁷²⁵ Ibid., p.101

⁷²⁶ Braconnier, A. (2014). Clinique des fonctionnements limites à l'adolescence : deux modèles psychothérapeutiques. Dans : Vincent Estellon éd., *Actualité des états limites* (pp. 63-71). Toulouse: Érès.

⁷²⁷ Godart, N. (2015). Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Archives de Pédiatrie*, Volume 12, Issue 10, 2005, Pages 1544-1550.

⁷²⁸ Brusset, B. (1998). Ibid. p.223

l'hospitalisation conduirait l'adolescente anorexique à être en lien avec une pluralité d'objets, ce qui permettrait la facilité du clivage sur d'autres objets et « soulagerait » et « atténuerait » par conséquent le clivage de son moi. La cothérapie serait donc pour Ph. Jeammet à encourager. Elle permettrait de mieux répondre et de mieux supporter les mouvements transférentiels persécutoires.

A travers son ouvrage *Soigner l'Anorexie*, C. Combe nous informe sur le fait qu'une hospitalisation pourrait produire des effets négatifs sur la patiente, surtout si le service de soins n'est pas « spécialisé » et si les équipes soignantes ne sont pas « capables de rien faire ». Par « rien faire », l'auteure entend le fait d'être capable d'accueillir et de supporter le refus alimentaire plutôt que de tout tenter pour l'éradiquer. Elle propose ainsi aux équipes d'adopter « une posture féminine », c'est-à-dire de ne pas rentrer dans le rapport de force et de s'attacher à construire du lien. Cette attitude paradoxale consiste donc pour C. Combe à « vouloir la guérison sans la vouloir »⁷²⁹. Elle souligne également que si l'entreprise anorexique reste avant tout « entreprise de désobjectivation », l'entreprise de soin devait alors s'organiser de façon à éviter de devenir déprimante en soi.

Si l'hospitalisation reste donc une indication qui relève des cas sévères, C. Duneton et C. Foulon ajoutent qu'elle serait probablement la seule solution qui permettrait à la jeune fille anorexique de modifier son comportement alimentaire et son image d'elle-même. Ils indiquent en conséquence que des « techniques spécifiques » et un « personnel spécialisé » sont indispensables à ces hospitalisations, faute d'aggravation certaine de l'amaigrissement et de l'enfermement sur soi. Les auteurs écrivent alors : « le contrat thérapeutique est l'instrument privilégié et indispensable de cette modalité d'utilisation de l'hospitalisation ».⁷³⁰

Au-delà de ces remarques, notons que l'hospitalisation reste dans la majorité des cas une contrainte en soi, la demande ne vient effectivement que très rarement de la patiente. Mais à quel moment devons-nous contraindre une personne à se soigner contre sa volonté ? Au regard du rapport de l'OMS de 2003 sur le droit des patients et leurs libertés, et les recommandations de soins des Nations unies en 2006 chez les personnes en situation de handicap, le monde médical s'est avec le temps accordé autour de différents critères pour justifier une hospitalisation sous contrainte : le trouble doit présenter un danger vital imminent et la personne doit se trouver dans l'incapacité de prendre une décision rationnelle du fait de son état psychologique. Par conséquent, les études sur le taux élevé de mortalité dans l'AM deviennent l'argument majeur sur lequel s'appuyer pour justifier de telles hospitalisations. De plus, une étude de 2012⁷³¹ a démontré que le recours aux soins pouvait indiscutablement réduire le risque de mortalité au-delà de sauver des vies...

⁷²⁹ Combe, C. (2002). *Soigner l'anorexie* (éd 2009). Paris : Dunod

⁷³⁰ Duneton, C., Foulon, C. (1994). Traitement institutionnels des troubles du comportement alimentaire, in B. Samuel-Lajeunesse et C. Foulon, *Les conduites alimentaires*. Paris : Masson p.247

⁷³¹ Holm, J.S. and Co. (2012). Reflections on the involuntary treatment in the prevention of fatal anorxia nervosa : a review of the cases. In *Journal Eat Disord*.

3.4.3 La dimension contractuelle

Si les hospitalisations sont donc réservées à une minorité des patientes dites TCA, elles sont cependant réservées aux cas cliniques dont les états somatiques et psychiques sont les plus inquiétants. Lorsqu'un risque léthal est constaté, certaines adolescentes peuvent parfois se retrouver en service de réanimation avant de poursuivre leurs hospitalisations en pédiatrie, nourries par sonde nasogastrique.

Si l'isolement tel que le préconisait J.M Charcot n'est plus vraiment pratiqué en tant que tel, des contrats de poids qui s'articulent autour de la séparation automatique avec les familles et l'extérieur existent toujours. Les contrats de poids, modélisés par Ph. Jeammet, sont en effet une pratique très classique dans le traitement de l'AM dans certains services de psychiatrie. La mise en place d'un contrat de soins peut se différer selon les équipes. On retrouve en majorité les contrats de poids ou des contrats comportementalistes qui s'organisent autour du symptôme alimentaire. La séparation que prescrit généralement ces contrats n'est cependant pas à comparer avec l'isolation (qui stipule parfois un alitement strict ou un « enfermement » en chambre). En effet, P. Jeammet décrivait l'isolement comme toxique et potentiellement traumatique. Il encourageait comme évoqué plus haut des soins ouverts sur la vie institutionnelle et caractérisés par différentes médiations, notamment corporelles, artistiques et culturelles.

Si N. Godart⁷³² souligne à la suite de P. Jeammet la pertinence des contrats de poids, elle nous rappelle cependant qu'aucune étude sur les différentes modalités de soins en service hospitalier n'a pu établir de comparaison significative quant à un modèle plus efficace qu'un autre. Deux programmes de soins ont en effet été comparés dans une étude en 1984⁷³³, aboutissant à la conclusion que ni la méthode plus contraignante, ni la méthode moins contraignante pouvait établir une réelle différence sur le devenir des sujets. Le taux de sortie contre avis médical est cependant plus supérieur dans le service dont les méthodes de soins sont plus coercitives.

Selon N. Godart, les contrats de poids doivent se discuter et s'établir entre la famille, la patiente et l'équipe médicale. La plupart de ces contrats de soins s'organisent autour d'une prise en charge qui s'accorde autour de la reprise de poids. Chaque objectif de poids atteint apporte avec lui une nouvelle étape dans l'organisation du projet thérapeutique : poids de levée de la séparation familiale, poids de levée des « activités » en dehors du service, poids de levée de l'interdiction de permission jusqu' au fameux poids de sortie. Les aménagements des contrats ne sont généralement pas possibles même si certaines équipes reconnaissent que des modifications peuvent se faire si « une réaction thérapeutique négative »⁷³⁴ est constatée.

Pour M. Guisseau-Gobier, le contrat de poids se veut encore pertinent. En effet, l'auteure suggère dans un premier temps que le contrat permet « d'ouvrir un espace

⁷³² Godart, N., Perdereau, F., Wallier, J. (2007). Anorexie mentale : bases rationnelles pour l'hospitalisation en milieu psychiatrique, *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Volume 21, Issue 4, 2007, Pages 179-184, ISSN 0985-0562

⁷³³ Touyz, S.W., Beumont, P.J.V., Glaun, D., Phillips, T., Cowie, I. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patient with anorexia nervosa. *Br J of Psychiatry* 1984;144:517-20.

⁷³⁴ Godart, N. (2007). *Ibid.*

thérapeutique »⁷³⁵ tout autant nécessaire aux soignants qu'aux patients. Ce cadre ouvert permettrait également de limiter les confusions et les questionnements inhérents au quotient institutionnel au-delà de préserver le lien d'une possible contamination perverse. Au-delà du sens apporté au contrat, le contrat de poids aurait pour M. Guisseau-Gobier et ses collaborateurs une fonction bien spécifique : une fonction protectrice du moi, une fonction de tiers séparateur. De plus, on retrouve chez la psychiatre la séparation « comme outil thérapeutique » nécessaire pour établir une relation thérapeutique de confiance à distance des problématiques familiales. La séparation est ainsi préconisée pour « favoriser le travail de séparation-individuation »

Cependant, si les projets de soins thérapeutiques semblent majoritairement s'agoniser autour de la dimension contractuelle, tous ne font pas de la séparation le point central de leur démarche de soins. De plus, les contrats de soins qui s'organisent autour de la reprise pondérale, c'est-à-dire qui font que chaque prise de poids fait l'objet d'une récompense, ne font pas tous allégeance au principe cognitivocomportemental du conditionnement opérant ou du renforcement positif. Chaque équipe semble donc travailler selon ses propres expériences cliniques et théoriques au-delà de ses sensibilités et croyances ontologiques. On retrouve donc dans la littérature différents types de contrats :

L'équipe du service TCA de l'hôpital Robert Debré fonctionne dans une dynamique systémique et propose des thérapies familiales, multifamiliales et de la remédiation cognitive. Leurs contrats de soins ne préconisent cependant « pas la séparation avec la famille »⁷³⁶. Au contraire, la famille est pensée comme une solution et non pas comme le problème. Ils appliquent cependant des contrats de reprise de poids.

L'équipe du Pr M. Corcos à la suite de Ph. Jeammet applique à l'Institut Mutualiste Montsouris « le contrat de poids avec séparation »⁷³⁷, (mais en préconisant l'ouverture à la vie institutionnelle et aux médiations corporelles...).

L'équipe de Saint Anne du Pr Rouillon appliquait quant à elle « des contrats de poids avec des objectifs comportementaux et pondéraux, avec séparation partielle, à durée déterminée »⁷³⁸.

L'équipe de la maison de Solenn du Pr M.R. Moro défend une approche globale et pluridisciplinaire individualisée. Elle propose de ce fait des prises en charge personnalisées où parfois, un contrat (mais sans séparation) peut être proposé. La famille est au maximum associée au projet de soin.

⁷³⁵ Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S. & Vénisse, J. (2007). Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*, 83, 389-395.

⁷³⁶ Noel, L. (2017). La thérapie familiale dans les troubles anorexiques. In Cahiers de la puéricultrice. Volume 5903, Issue 313, 01/2017, Pages 1-38, ISSN 0007-9820

⁷³⁷ Corcos, M., Dupont, M.E. (2007). Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 21 (2007) 190–200 Elsevier Masson SAS

⁷³⁸ Samuel-Lajeunesse, B., Foulon, C. (1994). Les conduites alimentaires. Paris : Masson

L'équipe de Nantes du Pr Vénisse proposait « des contrats d'engagement mutuel sur des objectifs de changements »⁷³⁹ mais sans avoir recours à la séparation.

L'équipe du Pr F. Askenazy à Nice propose un modèle de prise en charge sans séparation : « un contrat de poids sans séparation, thérapies d'inspiration analytique de groupe et/ou individuelles, des thérapies de groupe établies sur l'écoute des signes préverbaux, des thérapies familiales individuelles ou de groupe »⁷⁴⁰. F. Askenazy suggère en outre que « la séparation induit des difficultés dans les équipes de soin, chez les adolescents et leurs familles »⁷⁴¹.

L'équipe du Pr X. Pommereau au centre Jean Abadie à Bordeaux ne se conforme pas à un modèle unique et présente un service de soin sans « serrures fermées à clefs où l'on pratique des soins sans contrainte et inventifs »⁷⁴². Et si la séparation est préconisée pour un temps défini, X. Pommereau souligne et dénonce l'incohérence des méthodes de soins dites coercitives et fermes appliquées sur des jeunes filles terrorisées et très rigides. Il déplore l'idée même que l'on puisse soigner des gens en les enfermant.

L'équipe de la clinique St Vincent de Paul à Lyon considère l'AM comme une « anomalie du comportement ». Par conséquent, le projet de soin s'organise autour d'un psychiatre référent et d'un contrat « comportemental » qui fait de « l'isolement la clé de l'efficacité »⁷⁴³ thérapeutique.

Plusieurs « modèles » cohabitent donc sans que la littérature ne puisse les différencier en fonction de leur efficacité. De ce fait, nous pouvons considérer que les méthodes ayant recours à la contrainte et à la séparation (voire l'isolement) ne peuvent garantir de meilleurs résultats thérapeutiques. Ainsi, peut-être qu'un projet de soins ouvert comme X. Pommereau le suggère pourrait permettre à l'adolescente anorexique de vivre son hospitalisation moins douloureusement, et de façon tout aussi « efficace » ?

« La sacro-sainte écoute flanquée de sa compagne la neutralité bienveillante nous semble appartenir au passé et inspirer l'indifférence, voire l'incompréhension. À quoi peut mener cette attitude de thérapeute orthodoxe lorsque l'adolescent ne comprend encore ni l'intérêt ni le sens d'une psychothérapie ? Nous sommes convaincus que les adolescents d'aujourd'hui ont besoin de se sentir exister dans l'échange, d'être en capacité de pouvoir s'exprimer, avec un thérapeute les aidant à percevoir combien ils ont du mal à gérer leur violence et à comprendre d'où elle vient. Et cela suppose que nous acceptions de nous adapter... »⁷⁴⁴.

⁷³⁹ Vénisse, J.L, Grall-Bronnec, M.(2006). Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. In : Reynaud, M. ed. Traité d'addictologie. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2006.

⁷⁴⁰ Askenazy, F. (2010). Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 23, Issue 3, 2010, Pages 154-159

⁷⁴¹ Askenazy, F. (2016). Anorexie à l'adolescence et séparation, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 174, Issue 6, 2016, Pages 426-430, ISSN 0003-4487

⁷⁴² Pommereau, X. (2011). « La posture des parents a fondamentalement changé ». *Cahiers de l'action*, 31, 21-26.

⁷⁴³ <https://www.clinique-saintvincentdepaul.fr/unite-troubles-du-comportement-alimentaire-tca>

⁷⁴⁴ Pommereau, X. (2011). Ibid.

SYNTHESE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

« La bête arrache le fouet au maître et se fouette elle-même pour devenir maître, et ne sait pas que ce n'est là qu'un fantasme produit par un nouveau nœud dans la lanière du maître »⁷⁴⁵.

F. Kafka

⁷⁴⁵ Kafka, F. (1999). La colonie pénitentiaire. Paris : Galimard

Mon travail de thèse est une contribution à la recherche métapsychologique sur l'Anorexie Mentale de l'adolescence. Ma problématique de départ a émergé au sein d'un service de pédopsychiatrie dans lequel les contrats de poids étaient encore utilisés de façon automatique pour accompagner les patientes souffrant d'anorexie mentale. Ma première question était : est-ce que ces méthodes coercitives ne blesseraient-elles pas plus qu'elles ne soigneraient ? J'ai ainsi posé une hypothèse intuitive en lien avec *l'angoisse de débordement sous-jacente* : ces méthodes de soins ne peuvent qu'alimenter le masochisme mortifère et mélancoliforme de la jeune patiente anorexique terrorisée à l'idée d'aller mieux.

Afin de valider cette première hypothèse et de pousser ma réflexion au-delà de mes observations et de mes constats, j'ai construit une revue de la littérature en trois chapitres de façon à découvrir et à parcourir le concept d'anorexie mentale à travers les mythes, l'Histoire, la sémiologie psychiatrique et la psychopathologie clinique.

Ainsi, nous avons noté que l'anorexie semblait être éternelle, notamment grâce aux travaux anthropologiques de J. Maîtres. Et contrairement à ce que les médias contemporains pourraient nous faire penser, la modernité ne semble pas apparaître comme le facteur principal de la décompensation anorexique. Elle peut certes l'encourager mais le système patriarcal peut également s'identifier comme un facteur de risque important, ce qui pourrait expliquer la prévalence élevée d'anorexie mentale dans les classes dites moyennes ou élevées des pays occidentaux. Notons également que des sociologues et des psychiatres ont avancé l'hypothèse que l'AM pourrait se comprendre comme une opposition au mariage et aux hommes (P. Gomes, I. Ziga). Ainsi, au regard des conduites de restriction et d'opposition de St Catherine à Nadia, l'AM pourrait s'entrevoir comme un *agir féministe* dont l'objectif serait d'atteindre une subjectivité héroïque (S. Gooldin).

Nous avons noté que l'anorexie pouvait être considérée comme un symptôme mais également comme un syndrome (AM), organisé autour de structures ou de fonctionnements psychiques particuliers. Ainsi, depuis que le médical en a fait une entité psychiatrique, différents modèles se sont succédé. L'hystérie en cheffe de file (W. Gull, E. Lasègue, J.M. Charcot, J. Déjerine, S. Freud, P. Janet), la dépression mélancolique (C. Chabert), la maladie psychosomatique (P. Marty) associée aux troubles des conduites addictives (P. Jeammet, M. Corcos).

Au regard de la psychopathologie clinique, nous retiendrons que l'AM s'organiserait en dehors d'une structure pathologique mais autour de trois angles importants : le refus du féminin, le statut mélancoliforme (destructivité cannibalique et masochisme mortifère) et la défaillance narcissique (narcissisme de mort, narcissisme négatif). Nous pouvons également retenir que l'anorexie mentale serait à la fois une pathologie féminine (9 cas sur 10) et une pathologie du féminin (le féminin que l'on retrouve dans les deux sexes) qui s'organiserait autour du refus de la passivité (J. André, N. Dumet). L'anorexie mentale, dans sa quête de « pureté protectrice », pourrait alors se penser comme une répression du corps érotique en lutte contre le processus de subversion libidinale (J. André, C. Dejours). Notons de plus que ce serait le refus de la passivité-passivation qui déterminerait le mouvement mélancolique (C. Chabert, J. Schaeffer). Ce serait en effet le refus actif de ne pas admettre l'empreinte de l'autre qui pousserait à la régression mélancoliforme (J. Schaeffer, J. André, N. Dumet).

Nous pouvons dès lors détacher l'AM de l'hystérie et de la problématique orale qui signifierait un refoulement de l'érotisme oral. L'organisation anale apparaît en effet dominante dans la problématique anorexique dans laquelle le moi ne pourrait supporter la poussée constante de la grande quantité libidinale (N. Dumet, K. Duclos). Ainsi le *moi fécal* s'emparerait de la solution répressive pour se dégager des trop pleins libidinaux (J. Schaeffer). Le refus de la passivité observée et constatée serait à la source de l'activité masochiste : retournement de la passivité en activité pour se protéger des impressions traumatiques secondaires liées à la séduction de l'objet (C. Chabert, V. Marinov, C. Dejours). Ce retournement de la passivité pourrait également se traduire comme un retournement de l'investissement objectal à un investissement narcissique négatif, signe d'un processus de deuil mélancolique (A. Green).

Au regard de la théorie de la séduction généralisée (J. Laplanche et de C. Dejours), il est possible de ne plus uniquement associer les problématiques narcissiques de l'AM qu'aux seules failles issues des relations maternelles précoces (M. Corcos). En effet, nous avons vu que la séduction de l'adulte (au-delà de la mère) pouvait agir de façon violente et intrusive sur le jeune enfant, à l'image d'un *viol psychique* qui contaminerait le sillon de communication séductrice de messages énigmatiques intraductibles, source royale dans la formation d'un noyau traumatique voire d'un autre inconscient, l'inconscient amental, lieu des éléments proscrits qui constituerait le potentiel de la « pulsion de mort » (S. Ferenczi, J. Laplanche, V. Marinov, C. Dejours).

Nous avons également souligné que la monstrueuse sexualité de l'homme pouvait soumettre de façon passive l'adolescente à une terrible sensation de passivité et ainsi, interrompre la subversion libidinale et l'émergence du corps érotique (J. André, C. Chabert, V. Marinov, C. Dejours). De plus, la quête de *l'auto-idéalisation* du père pour obtenir l'adoration de son enfant révélerait le propre de la *folie paternelle* (J. André). Ainsi, le Père au sens majuscule du terme ne pourrait plus nécessairement se concevoir comme la figure « anti-incestuelle », avatar de la fonction symbolique nécessaire pour séparer et protéger l'enfant de l'engloutissement maternel, comme la figure du *cannibale mélancolique* contraint de renoncer *in fine* à son monstrueux désir incestueux (J. André, P. Fedida). De plus, par les soins corporels issus de la séduction, le père (ou l'homme adulte doté d'un inconscient sexuel) pourrait intromettre une épine traumatique dans l'appareil psychique de l'enfant, épine qui pourrait après coup lors de la subversion libidinale agir à la façon d'un trauma (V. Marinov).

Pour terminer, nous avons noté que les différents espaces de soins pouvaient parfois accueillir la destructivité des adolescentes aux prises avec l'anorexie mentale avec une certaine froideur et une distance empathique. Les isolements et les séparations (bien que différentes) sont encore pratiquées dans certains services. Ces attitudes coercitives pourraient par conséquent alimenter l'intromission de l'effraction traumatique (S. Ferenczi, P. Fedida). Peut-être alors que la souplesse (A. Braconnier, X. Pommereau, M.R. Moro), au service d'une attitude plus « tendre », au regard de la *chaleureuse tendresse* nécessaire à l'implantation de la sexualité, pourrait à contrario agir de façon subversive, et ainsi, restaurer le narcissisme et rétablir le fil de l'ordre érotique, le *sexual*, inhérent au processus de subjectivation (C. Dejours).

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

« Le rôle de l'écrivain, du même coup, ne se sépare pas de devoirs difficiles. Par définition, il ne peut se mettre aujourd'hui au service de ceux qui font l'histoire : il est au service de ceux qui la subissent »⁷⁴⁶.

A Camus

⁷⁴⁶ Camus, A. (1958). Discours de Suède. Paris : Gallimard

4 CHAPITRE 4. QUESTIONS DE DEPART, OBJECTIFS ET CONSTRUCTION DE LA RECHERCHE

4.1 Questions de départ et problématique

L'idée d'un travail de recherche découle de mon expérience de psychologue clinicien au sein d'un service de pédopsychiatrie. J'ai pu raconter sa genèse au commencement de mon récit. Pour rappel, c'est en témoin de la supposée iatrogénie hospitalière que mes premières questions se sont posées. L'envie de poursuivre les recherches sur un syndrome déjà très étudié m'a par conséquent conduit à proposer des dispositifs thérapeutiques innovants dans l'organisation d'un service d'hospitalisation chevronné. Ces « dispositifs » ont connu au départ de fortes résistances. Certains soignants, sûrement frileux de mettre en place certains changements, ont effectivement accueilli mes idées avec un certain scepticisme. Pourtant, les innovations semblent inhérentes au mouvement de la vie. Certes, l'immobilisme thérapeutique pris dans un savoir-faire immuable rassure autant qu'il contient, mais il peut s'avérer sincèrement nuisible pour le patient qui le subit car comme je l'ai souligné, lorsque le sujet ou le contexte change, les données changent, indéniablement. De plus, les réponses automatiques et mécaniques portées par le *principe de principe* semblent atrocement manquer d'honnêteté, notamment lorsqu'une sincère confiance (souvent liée à la non-connaissance) nous est accordée. Ainsi, j'ai proposé aux médecins et toute une équipe soignante de réorganiser un fonctionnement ancien en soulevant en premier lieu plusieurs questions :

- Pourquoi l'hospitalisation à temps complet aggrave parfois l'état de santé de nos patientes ?
- Les contrats de poids ne renforcent-ils pas la régression mélancoliforme et la relation sadique à l'objet ?
- Les contrats de poids ne renferment-ils pas les patientes avec leurs symptômes alimentaires dans une caverne hétérotopique ?
- Pouvons-nous trouver des alternatives qui « dé-sadisent » les patientes autant que les soignants ?
- Comment accompagner les adolescentes aux prises avec l'AM sans que les équipes soignantes et médicales ne mettent à mal les patientes et leurs familles ?
- Comment accompagner les adolescentes aux prises avec l'AM sans que les équipes soignantes soient elles-mêmes mises à mal ?
- Que pouvons-nous encore apporter à la clinique des TCA en sachant que de très nombreuses recherches scientifiques ont été publiées ?

Avec le soutien de la cheffe de service et de certains médecins et soignants, j'ai proposé de repenser le contrat de poids qui selon moi, alimente le processus mélancoliforme et masochiste dans lequel l'adolescente anorexique va pouvoir, dans une *frénésie privative*, jouir de la contrainte et rigidifier sa lutte contre la tentation. De plus, la composante traumatique me semble si présente que son application m'apparaît, au-delà de la violence qu'elle renvoie, constituer une voie royale vers la chronicité. Soignerions-

nous un patient souffrant d'ophiophobie⁷⁴⁷ par un contrat qui stipulerait qu'il accepte de porter autour de son cou un cobra royal vivant en quelques jours ? Ce serait absurde... C'est pourtant bien ce genre de méthodes qui sont pratiquées dans certaines institutions. Comment alors reprocher à ces jeunes adolescentes leurs tentatives d'évitement, leurs tyrannies et leurs tentatives d'emprise sur l'objet ? Je rejoins en tout cas A. Perroud lorsqu'il souligne qu'il n'existe pas de patients manipulateurs mais seulement des équipes soignantes manipulables. C'est en effet à nous qu'advient au départ la bonne qualité de la relation, le confort de l'espace intersubjectif et la juste évaluation des données subjectives qui demandent des remises en question permanentes et un doute continu à travers l'analyse de la pratique ou la supervision, inévitable pour traduire nos réactions transférentielles, déplacement de nos affects les plus archaïques. En effet, la psychanalyse nous enseigne que nous ne sommes herméneutes que pour nous-même ; d'où l'expression laplanchienne : « la psychanalyse est une anti-herméneutique » car la position d'herméneute n'est que celle de l'analysant.

Par conséquent, cette recherche s'organise sur une problématique qui repose sur deux questions centrales autour desquelles mes hypothèses (cliniques et théoriques) vont pouvoir se bâtir :

- **Que nous échappe-t-il du fonctionnement psychopathologique de l'adolescente en proie au syndrome d'anorexie mentale ?**
- **Comment mieux accompagner nos patientes dans l'expérience douloureuse de la guérison ?**

4.2 Hypothèses

Je préviens le lecteur que mes hypothèses sont à considérer comme des « hypothèses générales », c'est-à-dire des hypothèses qui me permettent avant tout d'orienter le sens de ma recherche clinique. L'hypothèse générale se définit comme « une affirmation provisoire qui décrit ou explique un phénomène ». Elle se différencie donc des hypothèses opérationnelles et statistiques qui tentent de valider ce qui a été prédit par le chercheur dans une démarche heuristique à travers une recherche dite scientifique. Nous pouvons cependant considérer que l'opérationnalisation des hypothèses générales s'induit dès lors que le chercheur prédit l'effet de certaines données mises à l'épreuve dans l'expérience clinique. Par conséquent, en utilisant le terme « d'hypothèse », je resterai fidèle au principe de réfutabilité défendu par K. Popper mais je ne répondrai cependant pas aux exigences d'un idéal scientifique issu des sciences exactes. En effet, cette recherche est une recherche clinique qui ne s'organisera pas autour d'une méthode empirique qui cherche à valider des critères usuels via la quantification des données.

⁷⁴⁷ Phobie des serpents

Cette recherche tente avant tout d'explorer à travers des études de cas une problématique clinique et de lui apporter une solution.

- **Hypothèse théorique :**

L'anorexie mentale de l'adolescence est une « solution » structurée par l'angoisse de débordement, angoisse que je définis par : « signal permettant de se défendre contre un processus non-maîtrisé ».

La « solution anorexique » se caractérise par un moyen, *une violente répression mélancoliforme et masochiste de la potentialité orgasmique* et par un but, *se protéger de la monstrueuse sexualité humaine en sadisant l'objet*.

Je soutiens également l'idée que dans l'anorexie mentale à l'adolescence, la puberté est ressentie comme une explosion libidinale. Elle émerge en effet de façon si violente qu'elle agit comme une effraction traumatique mettant le moi en danger. Le moi, déjà affecté par des accidents de la séduction, est alors submergé par les messages d'impressions traumatiques qui demeurent à « fleur de conscience ». Menacé par le danger du débordement (de l'effroi), il se clive après coup sous l'exigence du pubertaire. Le corps érotique partiellement érigé, se désétaye du corps biologique, ce qui entraîne une véritable rupture de la subversion libidinale.

C'est donc en réprimant le corps érotique que la « solution anorexique » va s'imposer comme une féroce défense paradoxale, par retournement de la « poussée constante de la passivité » en activité sado-masochiste, face aux sollicitations séductrices et intrusives de l'objet d'un côté et face aux fantasmes de débordement boulicannibaliques en berne d'un autre côté (et que les tentatives de soins vont réveiller). Je définis ce fantasme par : « désir inconscient d'une voracité négative non-maîtrisée ».

- **Hypothèse théorico-clinique :**

La « solution anorexique » s'organise autour d'une régression au stade sadique-anale. Par conséquent, elle impose une relation fécale d'emprise sur l'*objet*, aussi bien soignant qu'alimentaire, afin de se protéger de la détresse causée par la *passivité-passivation*, induite par les tentatives de soins et de renutrition. Le processus de guérison est en effet soumis à la contrainte du débordement, expérience d'effroi dans laquelle le moi serait violemment attaqué de l'intérieur par les épines traumatiques héritées des accidents de la séduction considérés ici comme des viols psychiques.

Je suppose ainsi que les soins orientés vers la pénétration forcée de l'objet, intrinsèque aux méthodes coercitives tels que les contrats de poids, pousseraient automatiquement l'adolescente à se protéger en fécalisant sa relation à l'*objet soignant*, afin de s'éviter la terrible expérience de *passivation* qu'elle associe à un danger (le retour de l'expérience traumatique). De plus, ils renforceraient le masochisme mortifère au-delà d'encourager dans l'après coup *la bascule boulimique* et le débordement de la voracité boulicannibalique du fait du *retour contraint et non préparé* du corps érotique et de la psychosexualité.

Ainsi, je propose donc d'accompagner les adolescentes anorexiques à se défaire petit à petit de l'emprise qu'elles exercent sur l'objet vers une maîtrise de l'objet, afin de rendre les expériences de passivité plus tolérables, plus acceptables car inévitables au processus de séparation-individualisation-subjectivation. Pour cela, je propose d'abandonner les contrats de poids au profit d'un contrat moral, relation contractuelle hédoniste dans laquelle nous nous engageons à protéger l'adolescente de l'effroi que fera émerger la reprise de poids, la subversion libidinale secondaire et la réouverture à la psychosexualité (processus soumis à la force de la pulsion). C'est donc par la *tendresse soignante*, nécessaire à l'implantation de la sexualité, que le narcissisme pourrait se restaurer et que le fil de l'ordre érotique, le sexual, inhérent au processus de subjectivation, pourra se rétablir.

4.3 Objectifs et axes de recherche

Ce travail a pour objectif d'apporter en premier lieu des connaissances nouvelles à la métapsychologie et à la psychopathologie clinique. Pour cela, je tenterai de répondre aux deux questions issues de ma problématique et de vérifier la teneur des hypothèses qui lui font suite. Problématique et hypothèses sont ainsi posées pour bâtir le sens de direction de ma recherche et orienter mon travail d'analyse. Enfin, l'objectif final est de proposer des nouveaux concepts théoriques et cliniques au-delà d'apporter des solutions psychothérapeutiques dans l'accompagnement des adolescentes hospitalisées pour un syndrome d'anorexie mentale.

Pour dérouler ma réflexion et tenter de mener à bien mon exploration, mon travail s'organise autour de trois axes de recherche :

- **Le premier axe de recherche** est une association croisée des éléments de la théorie qui nous permettront de repenser le syndrome d'anorexie mentale à travers différents regards que nous offre la métapsychologie.
- **Le deuxième axe de recherche** est une association croisée du matériel clinique qui nous permettra de mettre en question « la solution anorexique » à travers l'analyse et la critique des faits observés.
- **Le troisième axe de recherche** est un croisement des éléments caractéristiques de l'anorexie mentale, de la littérature psychodynamique, des différents modèles de soins pédopsychiatriques et des éléments cliniques issus de l'expérience thérapeutique afin de questionner les diverses alternatives de soins dégagées de l'utopie thérapeutique et du *principe de principe*.

4.4 Construction de la recherche

Cette recherche reste comme beaucoup de recherches en psychopathologie clinique et en psychanalyse une étude qui se situe à la frontière de la démarche dite scientifique et thérapeutique. Mais comme je l'ai déjà souvent rappelé, l'objectif principal de ce travail est d'apporter des éléments de réflexion à la métapsychologie et à la psychopathologie clinique afin d'améliorer les dispositifs de soins pédopsychiatriques de la prise en charge de l'adolescente anorexique . De ce fait, cette recherche ne s'est pas

construite autour d'un protocole de recherche particulier. Elle reste le fruit d'un long travail clinique mis en question, mis à l'épreuve, discuté, analysé et critiqué. Par conséquent, les adolescentes qui feront l'objet d'une étude de cas ont toujours été rencontrées dans un cadre thérapeutique. Aucun espace, protocole ou entretien semi directif n'a été créé et pensé pour construire cette recherche.

Ce travail de thèse est le résultat d'une « recherche en psychanalyse » et psychopathologie clinique. C'est en effet par la clinique que nos questions et nos solutions transiteront, sous le regard tutélaire de la Théorie, soumise à l'innovation à mesure que la clinique la met à l'épreuve. S. de Mijolla-Mellor nous rappelle en ce sens que :

« L'exercice clinique ne donnera lieu à de la recherche, au sens de la production d'hypothèses théorico-cliniques nouvelles, que dans la mesure où de la théorie a été travaillée, investie et interrogée au préalable »⁷⁴⁸.

Ci-dessous, le tableau représentant l'architecture de ce travail de thèse :

Construction de la thèse
Etape 1 : Présenter le problème de terrain
Etape 2 : Proposer intuitivement une solution à travers une hypothèse
Etape 3 : Explorer la problématique à travers la théorie
Etape 4 : Explorer la problématique à travers la clinique
Etape 5 : Discuter la teneur des hypothèses
Etape 6 : Analyser et critiquer
Etape 7 : Ouvrir sur des perspectives

⁷⁴⁸ de Mijolla-Mellor, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, n^o(sup>1), 27-47.

5 CHAPITRE 5. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

5.1 La recherche en psychanalyse

Si les évaluations ont bonne presse dans le monde de la psychologie expérimentale, cela n'empêche qu'il est toujours aussi difficile d'évaluer l'individu dans l'ensemble de sa complexité. Cependant, si les protocoles expérimentaux fragmentent indiscutablement les modalités constitutives d'un sujet, ils permettent malgré tout au chercheur de prendre certaines distances, nécessaires pour suffisamment rester objectif et ainsi « limiter la saturation subjective des éléments observés »⁷⁴⁹. Et comme le rappelle J. Lachal, il serait un leurre de penser qu'un « résultat » puisse complètement être objectif. Toutes les recherches sont en effet soumises aux lois contre-transférentielles. Cependant, l'auteur souligne que la subjectivité du chercheur serait à prendre en compte car « elle est bien souvent source de connaissances notables dans la compréhension de l'être humain »⁷⁵⁰.

C'est J. Laplanche qui introduit en France la psychanalyse à l'Université en 1969 avant de créer en 1980 un laboratoire et un cursus doctoral à l'Université Paris VII. La volonté de J. Laplanche n'a jamais été celle d'enseigner la « technique de la psychanalyse » mais d'asseoir et d'inscrire l'héritage freudien au sein de la communauté de recherche universitaire. L'objectif de J. Laplanche était donc de transmettre la richesse de la pensée psychanalytique afin qu'elle soit reconnue dans un champ scientifique autonome. De plus, J. Laplanche souhaitait par-dessus tout que la psychanalyse soit « transmise, élaborée, débattue indépendamment de toute institution publique ou privée, qui voudrait en garder ou en examiner le monopole »⁷⁵¹.

5.2 Choix de la méthodologie : la recherche clinique

Mon travail de recherche se construit dans le champ de la psychanalyse « hors divan », pour reprendre ici l'expression de D. Anzieu. J'ai donc choisi de construire ce travail de thèse au regard d'une démarche que M. Emmanuelli qualifierait classiquement de « clinique » et qui se caractériserait par un constant « va-et-vient entre l'observable et l'appareil d'observation »⁷⁵². Cette démarche de recherche dite clinique, en s'appuyant sur des études de cas, reste par ailleurs la méthode classique fondatrice de la recherche en psychanalyse et en psychologie clinique, « celle-là même que S. Freud a utilisé toute sa vie »⁷⁵³.

⁷⁴⁹ Ciccone, A. (2014). L'observation clinique en recherche périnatale : intérêts, exigences, limites. In N. Presme (Dir.), *Recherches en périnatalité* (pp. 75-88). Paris : Puf p. 78

⁷⁵⁰ Lachal, J. (2019). La subjectivité et le contre-transfert culturel en recherche clinique. *Soins*. 64. 40-44. 10.1016/j.soins.2019.04.011.

⁷⁵¹ Laplanche, J. (2004). Pour la psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, n^o(sup> 1), 9-13.

⁷⁵² Emmanuelli, M., Perron, R. (2007). *La recherche en psychanalyse*. Paris : Puf p.8

⁷⁵³ *Ibid.*, p.9

Cependant, ce travail de recherche aurait pu se construire autour de différentes approches sensiblement familières avec ma démarche : la méthodologie hypothético-déductive, la méthodologie par théorisation ancrée ou encore la méthodologie quantitative par l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

Pour rappel, la méthode hypothético-déductive est une méthode scientifique qui vise à valider des hypothèses à travers une démarche expérimentale. Les résultats obtenus doivent cependant se « tester » au regard d'un protocole bien défini afin d'appuyer ou de réfuter les hypothèses. Si ma démarche s'en rapproche, elle ne répondra cependant pas à l'exigence protocolaire qu'implique une telle méthode.

La méthodologie par théorisation ancrée est l'une des nombreuses méthodes qualitatives définies par P. Paillé en 1994. Cette démarche vise à « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives »⁷⁵⁴. Cette démarche se divise en six étapes, étapes qui permettront au chercheur de codifier, catégoriser, de mettre en relation, intégrer, modéliser et théoriser. Certes séduisante, cette démarche implique la construction d'une grille d'entretien.

La méthode par l'analyse interprétative phénoménologique est une autre méthode qualitative. D'inspiration phénoménologique, elle est très utilisée dans la recherche en psychologie de la santé et en psychiatrie. Elle est basée sur « l'analyse détaillée et approfondie d'un phénomène particulier dans un contexte donné. Elle relève d'une démarche idiographique et repose sur un échantillon restreint »⁷⁵⁵. Mais cette démarche demande la participation, notamment réflexive, du sujet étudié.

5.3 Outils de recherche clinique

Pour mener à bien cette recherche, je m'appuierai sur différents outils qui me permettront d'observer, recueillir et analyser les matériels cliniques nécessaires pour confronter la théorie à l'expérience de la clinique :

-La clinique phénoménologique, qui me permet de trouver une position, position que j'ai appelé dans ce travail la « position phénoménale ».

-L'observation, pierre angulaire de la méthode clinique, qui me permet d'accéder non pas à la réalité clinique en soi, mais aux effets qu'elle produit (symptômes, passage à l'acte, réaction passionnelle...).

⁷⁵⁴ Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée, in Cahiers de recherche sociologique. n° 23, 1994, p. 147-181

⁷⁵⁵ Carles, M.E., Ludot, M., Lachal, J. Moro, M.R., Blanchet, C. (2022). Les enjeux de la transition dans l'anorexie mentale vus par les professionnels : une étude qualitative. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. ISSN 0003-4487,

-L'entretien clinique, espace de rencontre intersubjective caractérisé par sa « non-directivité », qui me permet de recueillir un précieux matériel clinique issu de la relation transférentielle.

-Le psychodrame triadique, espace de thérapie de groupe qui me permet de dégager six études de cas. Je prendrai le temps de décrire l'espace psychodramatique qui comme les entretiens cliniques, ne sera pas commenté ici pour ses vertus thérapeutiques car cela nécessiterait un autre travail doctoral, mais bien comme l'un des espaces à travers lesquels les mouvements inter et intra psychiques pourront s'observer en dehors du service de soins.

5.3.1 La clinique phénoménologique

La clinique phénoménologique nous offre la possibilité de sortir le temps d'un instant de l'analyse et l'interprétation. Telle une position de départ soutenue par l'*epochè* et l'*être-là*, elle offre au clinicien le recul nécessaire pour rester au plus proche de la réalité de l'objet observé...

La clinique phénoménologique m'offre également la possibilité de tenir une position lorsque je rencontre pour la première fois une adolescente. Cette position, que j'ai appelé « position phénoménale » me permet d'aller à la rencontre de l'autre sans a priori au préalable à travers laquelle je tente de suspendre au-dessous du monde toutes mes connaissances théoriques qui pourraient influencer la sincérité de ma présence *avec-l'autre* et *pour-l'autre*. Les deux éléments clés de cette position de départ s'appuient sur le concept de la « réduction transcendantale » (Husserl) et de « l'Être là » (Binswanger).

5.3.1.1 L'*epochè* husserlienne

E. Husserl définissait lui-même la phénoménologie comme la science des commencements véritables, des origines. Par ce principe même de « premier commencement », la phénoménologie s'oppose aux principes hypothéticodéductifs des sciences dites dures qui cherchent inlassablement à tester et valider les hypothèses sur le monde. La phénoménologie de Husserl ne veut et ne peut rien présupposer afin de saisir le phénomène à l'état naissant, dans son être-tel. C'est alors par sa méthode, l'*epochè*⁷⁵⁶, que tout questionnement peut et doit se poser. *Epochè* (du grec *Epikhein*, suspendre), nous renvoie au fait de suspendre *la thèse de réalité du monde*, c'est-à-dire, mettre entre parenthèses tout jugement établi, de façon à transformer ainsi le monde en *phénomène du monde*.

Que ce soit dans le champ psychiatrique ou non, la phénoménologie d' E. Husserl nous permet donc d'adopter une attitude face aux phénomènes du monde. Trois étapes sont à distinguer dans la chronologie de cette attitude phénoménologique. La première est *la réduction*. Elle consiste à mettre entre parenthèses toutes les théories descriptives des phénomènes et les éléments empiriques et psychiques d'une donnée concrète

⁷⁵⁶ Husserl, E. (1929). Logique formelle et logique transcendantale. Paris : Puf

(réduction eidétique). C'est d'ailleurs ce que E. Husserl a appelé *le retour aux choses elles-mêmes*, telles qu'elles se donnent à nous. La réduction phénoménologique est la méthode par laquelle nous mettons hors-jeu tous les préjugés et toutes les théories que nous portons sur le monde. La seconde étape, directement en lien avec la première, est *la description des phénomènes*. Elle consiste à renoncer, du moins pour un temps, à l'étude clinique et descriptive du symptôme. Cependant, renoncer aux techniques dites psychopathologiques et sémiologiques ne dévalorise en rien la fonction et la valeur objective du symptôme. Bien au contraire. *La perte de l'évidence naturelle*⁷⁵⁷ est par exemple décrite par W. Blankenburg comme un signe objectif de la schizophrénie venant faire symptôme. L'idée de renoncement est à mon sens l'étape la plus importante de la rencontre clinique. Elle permet en effet d'accueillir et de saisir la vie du sujet sans risquer toutes interprétations fantasmatiques liées au symptôme. Enfin, ce qu'on appelle la genèse des phénomènes constitue la troisième étape. Il s'agit ici de passer du stade descriptif au stade génétique, c'est-à-dire de saisir les signes cliniques dans leurs contextes anthropologiques. Ce qui était implicite dans notre interaction deviendrait alors explicite.

5.3.1.2 L'être-là : le rôle du prochain

La Daseinsanalyse de L. Binswanger, qui puise sa source dans l'œuvre de M. Heidegger *L'être et le temps*⁷⁵⁸ pourrait se voir comme la philosophie de la présence. Être présent en le monde, c'est être-dans-le-monde et en relation avec ce dernier. Le Dasein, littéralement « être là », signifie le caractère non objectivable de l'homme. En effet, l'analyse existentielle de L. Binswanger est l'analyse de la présence humaine qui explore l'existence subjective de l'homme, saisie dans sa totalité comme présent-au-monde. La Daseinsanalyse permet donc à la psychiatrie de rappeler à tout thérapeute que le sujet humain n'est pas une chose vivante mais bien un existant. Concrètement, chaque relation psychothérapique doit prendre en considération le Dasein de son patient, plus en mesure d'assumer son existence.

Dans son article *De la psychothérapie*⁷⁵⁹, L. Binswanger tente de répondre à la difficile question : « comment peut agir la psychothérapie ? ». Il nous répond par le fait qu'« il est possible que la psychothérapie n'agisse que parce qu'elle représente une certaine partie du champ des actions qu'exercent partout et toujours les hommes les uns sur les autres »⁷⁶⁰. En d'autres termes, la psychothérapie serait à considérer comme un rapport de l'être humain dans sa réciprocité où « deux hommes se font face, se réfèrent l'un à l'autre en une réciproque dépendance »⁷⁶¹. La présence du thérapeute est alors à situer dans l'être-là, l'être-homme, en tant qu'être-dans-le-monde. Ainsi le thérapeute doit adopter une attitude que L. Binswanger appelle « le rôle du prochain », que nous comprenons comme l'être-purement-humain, avec-l'autre-et pour-l'autre. L'être-avec-le-prochain caractérise alors notre présence dans le monde et nous permet de mettre à distance toutes interrogations théoriques, appréhendées de ce fait avec plus de distance et de recul. Cependant, à la question, « comment peut agir la psychothérapie ? », L.

⁷⁵⁷ Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris : Puf

⁷⁵⁸ Heidegger, M. (1927). *L'être et le temps*. Paris : Gallimard

⁷⁵⁹ Binswanger, L. (1935). *De la psychothérapie*. In *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Minuit.

⁷⁶⁰ Ibid, p.121

⁷⁶¹ Ibid, p.122

Binswanger nous apporte un deuxième élément de réponse, complémentaire mais surtout indépendant au rôle-du-prochain. En effet, la psychothérapie doit s'établir sur l'être-avec-et-pour-l'autre d'une part, mais sur l'être-médecin d'une autre. L'être-médecin impose des limites à l'être-avec-le-prochain dans la mesure où le savoir médico-psychologique, c'est-à-dire la connaissance de la psyché, est inhérent à la psychothérapie. Nous ne pouvons en effet rester dans la relation psychothérapique seulement « le prochain » du patient, ce qui correspondrait à une relation purement existentielle.

5.3.2 L'observation clinique

L'observation clinique est inévitable pour se « saisir » de la clinique. Elle est une méthode heuristique fondamentale dans la méthode clinique. L'observation clinique, véritable observation attentive, serait pour A. Ciccone « le fondement de la méthode clinique, elle en est l'aspect le plus primordial, à la fois pour la pratique et pour la recherche clinique, que leur objet soit un sujet, un groupe, une famille, une institution »⁷⁶². Elle ne doit cependant pas se laisser déborder par les fantasmes intrapersonnels car comme le rappelle A. Ciccone, « la clinique ne doit surtout pas être interprétée ». La notation est donc une étape nécessaire car elle permet un travail de pré-élaboration et surtout, elle assouplit le difficile travail de mémoire. Elle permet par conséquent d'éviter les reconstructions hasardeuses issues des pensées difficilement domptables, celles que W. Bion appelait « pensées indomptées »⁷⁶³.

Que ce soit au sein du service lors des temps informels, ou pendant les réunions institutionnelles, je suis parfois positionné dans une certaine distance qui fait de moi un sujet présent comme un témoin silencieux. Malgré tout, je reste impliqué et contribue à la dynamique de soin malgré cette distance nécessaire à l'observation que je mène pour échapper à l'asphyxie transférentielle de nos patients. Mais que ce soit pendant la visite médicale du service ou lors des passages dans le service pour aller au contact de mes collègues, je ne suis jamais totalement neutre et invisible, aspiré malgré moi par l'atmosphère du contenant hétérotopique.

5.3.3 L'entretien clinique

L'entretien clinique, au-delà de se caractériser par sa non-directivité et son *approche centrée sur la personne*⁷⁶⁴ (on pourrait rajouter : *approche centrée sur le mouvement transférentiel*), s'organise autour d'un concept fondamental, la singularité. En effet, comme le rappelle B. Chouvier « ce qui définit l'entretien clinique, c'est sa singularité »⁷⁶⁵. L'auteur ajoute à ce propos que la singularité pourrait s'entrevoir sous une forme particulière caractérisée par trois concepts (l'intériorité, l'unicité et la totalité),

⁷⁶² Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63, 65-78.

⁷⁶³ Bion, W.R. (1997). *Pensée sauvage, pensée apprivoisée*. Larmor-Plage : Hublot

⁷⁶⁴ Expression emprunter à C. Rogers mais qui selon moi est incomplète. Elle fait par défaut l'économie d'un des deux protagonistes. L'approche centrée sur le mouvement transférentiel qui se déploie dans l'intersubjectivité me semble plus juste.

⁷⁶⁵ Chouvier, B. (2016). Chapitre 1. La singularité de l'approche clinique. Dans : Bernard Chouvier éd., *L'entretien clinique* (pp. 19-27). Paris: Armand Colin.

deux attitudes (la présence et la compréhension), un paradoxe (sur la base de la rencontre intersubjective, être en lien avec l'autre en percevant l'altérité fondamentale de sa différence). « L'unicité » dont parle B. Chouvier me semble le point central de chaque entretien clinique. Elle nous rappelle en effet que chaque être humain vit et éprouve les choses différemment (ou des choses différentes) et que chaque « unicité humaine » relève d'une vérité clinique. Cela nous amène à souligner que les « diagnostics cliniques » rapidement formulés de type « c'est une anorexique » ne veulent absolument rien dire.

Dans son ouvrage *L'entretien Clinique*⁷⁶⁶, C. Chiland souligne le fait qu'un entretien clinique reste avant tout un espace particulier dans lequel un clinicien est sollicité pour écouter, soutenir et accompagner un sujet généralement en détresse et en demande d'étayage et de changement. Par conséquent, différents processus psychiques vont être mis en oeuvre dans l'intersubjectivité. De ce fait, le clinicien doit être capable de comprendre et d'analyser toute la complexité des processus qui seront mobilisés. B. Marbeau-Cleirens⁷⁶⁷ les présente :

-L'identification : la rencontre est la base fondatrice de l'entretien. Elle requiert de ce fait une compréhension empathique du patient par le clinicien et inversement.

-La projection : la dualité est une relation qui fait massivement émerger le processus de projection et peut mettre par conséquent le patient et le clinicien en difficulté. La projection des représentations et des affects négatifs de l'un ou de l'autre peuvent en effet alimenter l'hostilité destructrice qui jaillit dans la rencontre. De plus, la projection peut également être un moyen de défense ou l'expression du transfert (identification projective) dans laquelle l'agressivité contre l'objet est retournée contre le thérapeute.

-Le contre-transfert : c'est l'ensemble des réactions inconscientes du clinicien, appelé aussi transfert du clinicien, en réaction ou en réponse au transfert du patient. Transfert et contre transfert s'influencent donc simultanément. Par conséquent, le clinicien doit être à son écoute afin d'accueillir tout ce qui jaillit avec « sérénité » (la sérénité permet de régresser et d'accepter les passions tristes des uns et des autres en évitant de s'engluer dans un partage angoissé), avec « bienveillance » (nécessaire pour accepter l'agressivité du patient et surtout d'en percevoir une signification), en acceptant les mouvements de sa propre « haine » (et de rester attentif aux petits mouvements de rejets qui peuvent se manifester par des paroles ou des actes au premier abord sympathiques), tout en n'oubliant pas que le contre-transfert est aussi « un des moyens pour comprendre l'autre ».

-Le transfert : c'est un processus psychique inconscient par lequel les relations d'objets du passé vont venir s'actualiser sur la personne du clinicien. C'est une répétition de certains « prototypes infantiles » mais qui seront vécus par le patient avec un fort sentiment d'actualité. Le transfert peut aussi bien être « positif » (la relation aimante du parent sur son enfant se répète sur le clinicien) que « négatif » (il s'organise autour des affects de haine qui se réactualisent dans l'entretien : colère, peur du rejet, sentiment de

⁷⁶⁶ Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Puf

⁷⁶⁷ Marbeau-Cleirens, B. (2013). Chapitre III. Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique. Dans : Colette Chiland éd., *L'entretien clinique* (pp. 41-82). Paris : Puf p. 41

persécution, masochisme moral, esprit critique systématique, hostilité à l'égard de la thérapie). Certains patients peuvent également être « résistants au transfert » (le patient tire un certain bénéfice de sa position passive et de dépendance. Il cherche alors à être « gratifié » et « conseillé ».

5.3.4 Le psychodrame triadique

5.3.4.1 Retour sur une discipline

Si la psychanalyse jouit aujourd'hui d'une renommée internationale justifiée et méritée, le psychodrame fait encore figure d'amateur au sein de l'inconscient collectif des thérapeutes de tous genres. En effet, boudé dans certaines universités françaises, le psychodrame peine encore à faire bonne presse au regard de la psychologie. Mais c'est quoi le psychodrame ? Telle est la question, une question que nos confrères psychothérapeutes psychodramatistes connaissent malheureusement que trop bien pour l'avoir inlassablement entendue. Il suffit de se pencher sur les récents ouvrages⁷⁶⁸ abordant le sujet pour constater que, revenir sur une définition bientôt vieille de quatre-vingt-dix ans est toujours d'actualité. Il semble alors important de répéter et de continuer de raconter l'histoire et les bienfaits d'une psychothérapie qui propose de dépasser le champ des possibles. Il est surtout indispensable de le faire lorsqu'on sait que le terme de « psychodrame » est curieusement surutilisé par la presse à sensation. Alors pour éviter à notre tour les confusions, il semble dans un premier temps nécessaire de commencer par séparer les termes. L'un est d'usage commun. Il définit une situation sociale pathos et médiatique. L'autre, celui qui nous intéresse, est une technique thérapeutique qui utilise la spontanéité créatrice et le jeu théâtralisé. Le psychodrame est donc une méthode de soin, invitant le protagoniste à jouer ou rejouer, seul ou en groupe, une situation ou une idée qui le questionne, mais pas seulement. Effectivement, malgré un cadre bien défini par Moreno et ses successeurs (surtout par ses successeurs, la théorie de Moreno manque parfois de clarté), les possibilités du psychodrame sont nombreuses et ne connaissent comme limite que la créativité du psychodramatiste. Également utilisé dans la formation ou dans l'éducation, le psychodrame est surtout une technique qui propose au protagoniste de vivre de l'expérience afin de « construire de l'expérience »⁷⁶⁹. Le psychodrame propose en effet de créer un espace dans lequel la créativité du sujet peut émerger et c'est en étant créatif que l'on peut s'extirper des situations compliquées et bloquées. Nos aptitudes acquises au cours de nos expériences répétées depuis notre enfance nous permettent en effet de faire bon usage du bon sens indispensable pour aller à la rencontre du monde. Selon Varela, le « savoir comment » si utile à la vie, ne dépend pas uniquement des explications prédéfinies par la théorisation explicite des choses. Le « savoir comment » se ressent à travers l'« expérience accumulée au cours de nombreuses situations concrètes »⁷⁷⁰. De ce fait, la créativité qui émerge au cœur du psychodrame offre la possibilité de trouver des réponses nouvelles et pratiques aux problèmes anciens et nouveaux. C'est en ce sens que le psychodrame s'avère une méthode adaptée pour construire l'expérience inhérente à la vie. La créativité, c'est l'intelligence fluide qui

⁷⁶⁸ Gal, C. (2016). Le psychodrame. Une expérience aussi forte que la vie. Paris : Odile Jacob. P.11

⁷⁶⁹ Gal, C. (2016). Ibid., p. 36

⁷⁷⁰ Varela, F., Thompson, E., & Rosh, E. (1993). L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expérience humaine. Paris : Seuil.

s'amuse, capable de prendre le relais de l'intelligence cristallisée qui parfois, fige et divise le processus d'énaction nécessaire pour « faire émerger de la signification sur le fond d'un arrière-plan de compréhension »⁷⁷¹. La créativité nous ouvre les portes de la rencontre avec-le-monde pour se sentir en-le-monde. La créativité est le cœur du psychodrame, l'un de ses piliers sur lequel J.L Moreno s'appuiera. Grâce à elle, le psychodrame devient selon C. Gal une « expérience aussi forte que la vie »⁷⁷², expérience dans laquelle la cathartique psychodramatique peut venir relancer le processus de l'élan vital souvent figé par la peur que les enjeux d'adolescence procurent. C'est en ce sens que le psychodrame s'avère être une méthode de soin efficace pour relancer la dynamique existentielle des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale qui, anesthésiées par l'angoisse et désorientées par leurs terreurs d'éprouver, s'essoufflent dans une lutte infernale contre elles-mêmes.

Je propose donc au sein de l'unité de soins pour adolescents des groupes de psychodrame aux patientes anorexiques car le psychodrame permet de jouer, de jouer pour sortir des représentations sociales stéréotypées et de nos habitus qui fragmentent le monde en différents rôles de conserves, repérés, intégrés et transmis de génération en génération. Le jeu posséderait selon J.L. Moreno des « vertus thérapeutiques insoupçonnées » et ma sensibilité winnicottienne m'invite à rappeler que « c'est en jouant, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif »⁷⁷³ et « c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »⁷⁷⁴. Autrement dit, jouer permet d'être créatif et la créativité devient la voie ultime pour rencontrer la vie, afin de l'éprouver et de l'incarner. Voilà tout le défi que propose la psychothérapie psychodramatique : permettre de jouer afin de se rencontrer et de peut-être, réinventer les relations avec soi-même, les autres et le monde. En effet, l'être humain serait également un « être relationnel, dont la spontanéité et la créativité sont les piliers qui lui permettent d'actualiser ses interactions et les rôles intériorisés qu'il utilise »⁷⁷⁵.

5.3.4.2 Le psychodrame, une méthode d'action

Le psychodrame n'est effectivement pas qu'un terme utilisé pour alimenter les gros titres sensationnels, il est surtout une méthode thérapeutique active et contenante, qui ne sépare rien (au sens spinozien du terme), qui fonctionne et qui libère des problématiques de la vie. Derrière le terme de « psychodrame » se cachent donc différentes tendances mais le psychodrame classique morenien s'organise autour de cinq outils essentiels : la scène (l'espace où se déroule le jeu), le protagoniste (le héros du jeu), le psychodramatiste (le moniteur, celui qui anime le jeu), les égo-auxiliaires (ou moi-auxiliaires, choisis par le protagoniste pour tenir un des rôles du jeu) et le public (les membres du groupe qui n'ont pas été choisis pour jouer). Sur la scène peut donc se retrouver tout un groupe, composé de différents patients et soignants, au service du jeu d'un protagoniste qui explore une problématique, intérieure ou extérieure, consciente ou

⁷⁷¹ Gal, C. (2016). Ibid., p.57

⁷⁷² Ibid., p.57

⁷⁷³ Winnicott, D. W. (1971). Jeu et réalité, L'espace potentiel. Paris : Gallimard. p.110

⁷⁷⁴ Ibid. p.110

⁷⁷⁵ Apter, N. (2003). The human being : J.L. Moreno's vision in psychodrama. International Journal of Psychotherapy (European Association for Psychotherapy), no 8(1), pp.31-36

inconsciente, passée ou future, imaginaire ou concrète, rêvée ou vécue... C'est en ce sens que le psychodrame ne sépare rien. Il accueille tout ce que le protagoniste a besoin d'apporter, de raconter ou de traverser. Le protagoniste aura à sa disposition un ou plusieurs thérapeutes qui pourront se partager les rôles. L'un animera, l'autre doublera si besoin ou sera au service du jeu en fonction des rôles à interpréter. Les autres membres du groupe, les autres patients généralement, sont également disponibles pour incarner les égo-auxiliaires, ceux qui vont donner la réplique (un ami, un parent, mais aussi une angoisse, une impression, un souvenir...).

Par la technique du changement du rôle, un protagoniste peut, le temps d'un instant, ressentir l'éprouvé d'un autre, observer à travers son regard et commenter en fonction de son point de vue les éclats de la réalité initialement morcelée. Notre langage courant pourrait parler d'empathie mais nous pouvons aller plus loin. Le psychodrame comme nous l'avons vu permet non pas de prendre la place de l'autre mais de vivre un instant la vie de l'autre. Il est possible de laisser un protagoniste dans un changement de rôle et l'amener à parler de lui à travers le discours du personnage ou l'instance qu'il incarne.

Où ? Quand ? Qui ? Quoi ? Comment ? sont les cinq questions essentielles pour installer convenablement une scène de psychodrame.

Pour reprendre la question de départ, *Mais c'est quoi le psychodrame ?*, nous pouvons répondre que c'est une méthode de soin qui possède le pouvoir de faire vivre « une expérience aussi forte que la vie » et dans laquelle, un protagoniste va pouvoir mettre en lumière ce qui le préoccupe en montrant tout d'abord au monde ce qui lui est difficile de raconter tout en expérimentant dans un second temps la réalité d'un objet intérieur ou extérieur à lui pour ainsi, prendre conscience de la réalité du fond des choses et tenter de s'ouvrir à la vie. J.L Moreno aimait quant à lui définir son outil comme « la méthode qui donne par l'action son authenticité à l'âme »⁷⁷⁶. En effet, les dispositifs psychothérapeutiques plus classiques invitent généralement le patient dans une dualité qui intensifie le système défensif. Et s'il est vrai que les adolescents aux prises avec des symptomatologies de l'agir semblent en difficulté pour élaborer sur leurs conflits intrapsychiques dans le cadre d'une thérapie individuelle, l'espace thérapeutique doit s'adapter aux différents types de fonctionnements défensifs. Ainsi, le dispositif psychodramatique offre la possibilité de contourner les terreurs angoissantes et les multiples défenses associées tel que le déni, massivement opérant dans la clinique de l'AM. Les différents contenus transférentiels apportés par les membres du groupe peuvent ainsi s'aborder de façon moins douloureuse que lors des entretiens individuels convoquant la relation duelle. Méthode thérapeutique qui permet d'aller explorer des réalités qui échappent en se centrant sur « l'individu et le groupe »⁷⁷⁷ nous pensons que le psychodrame triadique permet à la fois de sortir du déni protecteur et des confusions grâce aux différents mouvements transférentiels si précieux dans les thérapies psychodynamiques.

⁷⁷⁶ Moreno, J. L. Psychothérapie de groupe et psychodrame. Op. Cit. p. 158.

⁷⁷⁷ Laxenaire, M. (2019). En souvenir d'Anne Ancelin Schützenberger. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 73, 7-11.

5.3.4.3 L'œuvre d'un artiste

C'est à Vienne dans les années 20 que les prémices du psychodrame ont vu le jour. Après avoir animé des groupes de soutien aux prostituées, le jeune Moreno, passionné de théâtre, médecin, sociologue et philosophe va créer en 1921 un théâtre de créativité et d'expression spontanée dans lequel il invite tout bons venants à venir jouer les nouvelles du jour. En effet agacé par la soporificité du théâtre classique, auquel il reproche un manque crucial de spontanéité, Moreno décide de créer un espace dans lequel se retrouvent acteurs et spectateurs, sans texte ni scénario, réunis pour développer ensemble leurs capacités imaginatives. Il nomme cet espace « métapraxis »⁷⁷⁸ qu'il considère comme un lieu dans lequel l'éternelle question du libre arbitre semblerait pouvoir trouver « une réponse adéquate »⁷⁷⁹ : celle de la spontanéité (à comprendre comme un équivalent de l'adaptation). Et si cette expérience n'est pas ce qu'on pourrait appeler une réussite, Moreno va continuer à croire en son dispositif novateur jusqu'au jour où, il proposa à Barbara, une actrice du théâtre spontané, de jouer le rôle d'une prostituée assassinée. Moreno découvrit alors tous les « effets bénéfiques de la catharsis sur l'acteur »⁷⁸⁰ et proposa à Barbara et à son époux, Georges, de jouer sur scène leurs conflits conjugaux. C'est au travers des querelles du jeune couple que Moreno expérimenta son modèle théorique et clinique. Le psychodrame est né. En 1925, Moreno quitte l'Autriche et s'installe aux Etats-Unis. C'est à ce moment que, pour des raisons plus ou moins méconnues, Moreno change de nom (ou plutôt, investit le nom de son père) et se fait appeler J.L Moreno tout en se rajeunissant de trois ans. Arrivé aux Etats-Unis, il développa et théorisa dans la clinique qu'il fonda à Bacon le psychodrame tel qu'on le connaît aujourd'hui. Bien aidé de sa femme Zerka, Moreno conceptualisera une méthode révolutionnaire à travers laquelle la sociométrie et la spontanéité se retrouveront au cœur de sa pensée. La psychanalyse n'est malgré tout pas tant éloignée du psychodrame morenien. Alfred Adler, un proche de Moreno, participera d'ailleurs à quelques séances de son théâtre spontané. Dès 1946⁷⁸¹, des psychanalystes français comme G. Heuyer, J. Favez-Boutonnier, S. Lebovici utiliseront le jeu thérapisé et ses vertus, notamment pour les psychothérapies d'enfants, bien conscients que l'expression est facilitée lorsque le jeune sujet est invité à imaginer des scénarios que l'on joue en groupe ou avec l'aide de marionnettes. Et même si Moreno reprocha à S. Freud de ne prendre qu'en considération l'histoire inconsciente du sujet, le psychodrame triadique l'accueille et fait jouer les rêves pour les analyser. Justement, à propos de rêves. C'est à la sortie d'un cours sur les rêves télépathiques donné par S. Freud que les deux hommes se seraient rencontrés. Moreno lui aurait dit : « Et bien docteur Freud, je commence là où vous vous arrêtez. Vous rencontrez les autres dans le cadre artificiel de votre cabinet, je les rencontre chez eux, ou

⁷⁷⁸ Gal, C. (2016). Chapitre 2. Jacob Levy Moreno : la révolution créatrice. Dans : , C. Gal, *Le psychodrame: Une expérience aussi forte que la vie* (pp. 37-57). Odile Jacob.

⁷⁷⁹ Moreno, J. L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. (1987 éd.). Paris : Puf

⁷⁸⁰ Ancelin Schützenberger, A. (2011). J. L. Moreno (1889-1974): Du théâtre au psychodrame. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56(1), 25-39. doi:10.3917/rppg.056.0025.

⁷⁸¹ Anzieu, D. (2011). Les débuts du psychodrame en France (1946-1972). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56(1), 9-24. doi:10.3917/rppg.056.0009.

dans leur milieu habituel. Vous analysez leurs rêves, j'essaye de leur insuffler le courage de rêver encore »⁷⁸².

Animer du psychodrame, c'est avant tout accompagner un protagoniste à explorer dans la sécurité ce qui le préoccupe en lui proposant « de faire comme si... »⁷⁸³. Effectivement, en psychodrame, A. Ancelin Schutzenberger nous rappelle qu'en psychodrame, « on ne fait pas semblant »⁷⁸⁴. C'est un aparté dans la vie, un aparté dans lequel il est possible de vivre pleinement sans faire semblant, mais en se présentant au monde tel que nous le sentons naturellement. Faire du psychodrame, c'est avant tout pouvoir exprimer ce qui fait souffrir en mettant en action plutôt qu'en tergiversant dans l'analyse mentalisée qui ne fait que figer le mouvement si inhérent à la vie. Il suffit de se pencher sur l'étymologie de terme psychodrame pour comprendre les vertus qu'il possède. En effet, le terme de psychodrame se construit de Psyché (âme-esprit), terme qui trouve lui-même sa source dans le verbe grecque Psukhein (souffler), et de Drama (action). Psychodrame signifie donc littéralement mettre en action ce que l'on a à l'esprit, c'est-à-dire, mettre en mouvement, comme un nouveau souffle, ce que l'on ressent au fond de son âme, au fond de son être. Le psychodrame permet en effet de reprendre son souffle, l'espace d'un instant où seul le moment présent est important. Et si J.L Moreno nous rappelle que le psychodrame est « une science qui explore la vérité par des moyens dramatiques »⁷⁸⁵, il est surtout la méthode qui permet au sujet de se présenter au monde et à la vie avec authenticité (extirpé le temps d'un instant de son système défensif).

5.3.4.4 A-A. Schutzenberger et le psychodrame triadique

A-A. Schutzenberger, au-delà d'avoir été son amie, a travaillé avec J-L. Moreno. Elle est celle qui aura présenté le psychodrame à la France. Elle aura consacré toute son énergie créatrice pour le faire exister à travers plusieurs ouvrages, articles et conférences. En 1964, elle organisera à la demande de Moreno le premier congrès international de psychodrame à Paris dans lequel plus de mille personnes de trente-cinq nationalités différentes auraient répondu présentes. Les guerres des idéaux dogmatiques n'ont malheureusement pas épargné la sphère psychodramatique et les désaccords entre les différents mouvements de pensées ont émergé aussi vite que les oppositions à Moreno sont apparues. Moreno n'a jamais verrouillé sa méthode du psychodrame dans un système rigide et mécaniste. Au contraire, il a toujours encouragé l'ouverture des perspectives de son outil. Et même s'il a regretté que certains aient dénaturé le fond de sa méthode, il ne s'est jamais approprié les vertus du psychodrame et a toujours pensé que son modèle thérapeutique pouvait gagner en efficacité grâce au regard de ses contemporains.

Il existe donc aujourd'hui différentes façons d'appréhender, de penser et d'utiliser le psychodrame. On retrouve dans la littérature le psychodrame analytique, le

⁷⁸² Ancelin Schützenberger, A. (2011). J. L. Moreno (1889-1974): Du théâtre au psychodrame. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56(1), 25-39. doi:10.3917/rppg.056.0025

⁷⁸³ Falguière, J. (2003). Analyse de groupe et psychodrame. *Empan*, n°<(sup>49), 134-139

⁷⁸⁴ Esmenjaud Glasman, C. (2021). Anne Ancelin Schützenberger. *Psychodrame d'une vie*. Paris : Desclée de Brouwer

⁷⁸⁵ Amar, N. (2005). Spécificité du psychodrame : de ses origines à son originalité. *Le Carnet PSY*, 102, 16-19.

psychodrame existentiel, le psychodrame de groupe et individuel, le psychodrame autodirigé et le psychodrame familial. Ces différences s'observent dans les techniques et les approches, d'un point de vue théorique d'une part, dans les méthodes et les techniques d'une autre. Dans le psychodrame analytique par exemple, on ne se touche pas, contrairement au psychodrame existentiel ou triadique qui s'appuie sur différentes techniques psychocorporelles créées par Moreno où gestes, touchers et mouvements sont indispensables. L'action (par le jeu théâtralisé) reste la base de toutes ces différentes façons de procéder. Là est l'héritage de Moreno. Anne Ancelin Schutzenberger, formée aux Etats-Unis par James Enneis et par Moreno, propose une pratique de psychodrame triadique, un psychodrame qui se fonde sur trois piliers : Moreno pour le psychodrame (dans sa prise en compte de sa théorie et sa méthode), Lewin pour sa théorie des groupes et Freud pour la psychanalyse (dans sa prise en compte de l'inconscient). « Cette forme de psychodrame sera désormais sa marque de fabrique, son estampille personnelle, détournant à son profit – et non sans humour –, le célèbre sigle des idéologues de la libération des femmes (MLF) »⁷⁸⁶.

Le psychodrame triadique fait émerger ce qui paraît être essentiel de la vie profonde du groupe⁷⁸⁷ et se forme autour d'un groupe existentiel et de l'analyse de groupe. Le groupe joue en effet un rôle essentiel dans la pratique du psychodrame car le groupe est autre chose que la somme des individus qui le composent⁷⁸⁸. Le groupe est en effet une unité vivante dans laquelle une émotion commune peut émerger dans l'illusion groupale. Malgré tout très proche du psychodrame existentiel français de C. Gal et des phénoménologues, centré sur l'ici et le maintenant, le groupe et la façon d'être-au-monde des participants dans la rencontre intersubjective, le psychodrame triadique s'en diffère très légèrement par l'analyse des relations contre-transférentielles qui agissent au sein de la dynamique de groupe. A-A. Schutzenberger le définit en tout cas comme « un psychodrame réaliste, symbolique, interactif et corporel. Il permet de prendre conscience de ce qui est engrammé au niveau du corps et qui s'exprime corporellement par une décharge émotionnelle en lien avec ce qui se trouve enfoui au niveau de l'inconscient, l'ensemble prenant sens et forme par le jeu psychodramatique »⁷⁸⁹.

⁷⁸⁶ Laxenaire, M. (2019). En souvenir d'Anne Ancelin Schützenberger. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 73, 7-11.

⁷⁸⁷ Ancelin Schützenberger, A. (1970). Le groupe de formation, pédagogie ou thérapie ? Thèse de doctorat. Paris.

⁷⁸⁸ Bion, W., R. (1961). Recherches sur les petits groupes. (1965 éd.). Paris : Puf

⁷⁸⁹ Ancelin Schützenberger, A. (2008). Le psychodrame. Paris : Payot

5.4 Contexte, population, et les espaces de la recherche

5.4.1 Le service de pédopsychiatrie

Notre service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a développé depuis plusieurs années un savoir-faire dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires. Cette expérience acquise à mesure du temps nous permet aujourd'hui de proposer des modalités de soins variées telles que des consultations spécialisées via le centre référent TCA, des accueils en Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), en hôpital de jour (HDJ) ou en hospitalisation à temps plein dans une unité accueillant toutes les décompensations psychiatriques de l'adolescence. Nous pouvons accueillir 12 adolescents à temps complet et 6 en hôpital de jour. La majorité des patients sont des filles (moyenne d'âge 15 ans) dont la plupart sont aux prises avec de lourdes pathologies de l'agir.

Les accompagnements pédopsychiatriques s'inscrivent généralement dans la continuité d'une hospitalisation en service de pédiatrie générale qui reste en effet l'espace de soins des premières rencontres. De ce fait, soucieux de ne jamais laisser le bon sens nous échapper, des liens étroits se sont tissés au fil des années entre nos deux services pourtant séparés de six kilomètres. Le CHU possède en effet la particularité d'être multisites et certains services pourtant très complémentaires peuvent se retrouver à chaque extrémité de la ville. Mais ce clivage géographique n'affecte en rien la qualité de notre collaboration. Bien au contraire, il nous permet d'éviter la confusion des ordres de soins à suivre et ainsi, privilégier les urgences en fonction des spécificités. Une réunion hebdomadaire commune et des échanges quotidiens des équipes soignantes des deux sites nous offrent la possibilité de réagir immédiatement en cas de dégradation somatique comme psychique et de rester au plus près des besoins fondamentaux de nos patients.

La collaboration entre les deux services est précieuse voire indispensable. Et de la même façon qu'il nous semble important de ne pas s'égarer dans une pensée dualiste, visant à séparer le corps et l'esprit, la segmentation des différents espaces de soins s'avère constituer un atout majeur dans notre accompagnement des adolescents dits anorexiques. En effet, le centre référent TCA coordonne et unifie les soins de façon que rien ne soit séparé de rien. Il s'appuie donc sur les pédiatres et les pédopsychiatres habituellement en charge des patients des unités de soins, pédiatriques et pédopsychiatriques. La porte d'entrée (au-delà du fait qu'elle soit majoritairement somatique) peut être la pédiatrie comme la psychiatrie. S'il y a une renutrition à envisager du fait de la précarité de l'état physique, l'hospitalisation en soin somatique sera privilégiée. Dans ce cas, le pédopsychiatre se déplace en pédiatrie pour aller à la rencontre du patient et de ses parents. C'est à ce moment précis que l'utilité de la « psychiatrie » est racontée et expliquée. Durant l'hospitalisation en pédiatrie, les parents possèdent un temps de présence important auprès de leurs enfants jusqu'à ce que l'alimentation entérale puisse être cyclisée sur la nuit. Ensuite, les adolescents peuvent venir la journée dans le service de pédopsychiatrie pour bénéficier de soins psycho-affectifs inhérents aux mieux-être (en HDJ ou CATTP, puis en temps complet lorsque la renutrition par sonde n'est plus nécessaire). Si c'est l'état psychique qui nous inquiète, au point qu'il ait des répercussions négatives sur le fonctionnement personnel ou familial, l'hospitalisation aura directement lieu dans l'unité pour adolescents du service de pédopsychiatrie, à temps plein ou en séquentiel. C'est le pédiatre qui dans ce cas se déplacera dans le service ou proposera des rendez-vous en pédiatrie. Nos modalités de fonctionnement nous

permettent de rencontrer rapidement les patients et leurs familles. Les référents thérapeutiques ainsi repérés permettront de maintenir la continuité des soins pendant plusieurs années si nécessaire, ingrédients indispensables d'une évolution favorable.

5.4.2 Caractéristiques de la population étudiée

Cette recherche est une recherche sur l'anorexie mentale de l'adolescence. La population étudiée exclut par conséquent les jeunes filles aux prises avec l'anorexie prépubère et les jeunes femmes aux prises avec l'anorexie mentale de l'adulte. Nos patientes ont en moyenne une quinzaine d'années. Et si certaines n'ont qu'à peine douze ans, l'aménorrhée est toujours secondaire (conséquence de l'amaigrissement). Quant aux patientes de 18 ans, ce sont toujours des adolescentes pour qui le suivi s'est établi un ou deux ans avant leur majorité (parfois plus...).

5.4.3 Les entretiens cliniques

Je rencontre toutes les adolescentes hospitalisées en pédopsychiatrie et propose à celles qui n'ont pas de suivi en dehors du service une psychothérapie d'orientation analytique. Je m'inspire grandement de « la méthode analytique » proposée par S. Ferenczi et décrite dans son ouvrage *Elasticité de la technique psychanalytique*⁷⁹⁰ publié en 1928. Bien avant que la clinique des *borderline* soit développée après les années 50, notamment par J. Bergeret dans les années 70, S. Ferenczi a présenté une nouvelle technique destinée au départ à *écouter l'enfant dans l'adulte* des patients non névrosés et traumatisés, et pour qui le cadre classique de la cure était difficile à appliquer. S. Ferenczi propose en effet une « technique active » dans laquelle il suggère une « analyse mutuelle » et une certaine forme de « relaxation ». Il insuffle aux psychanalystes les vertus thérapeutiques du « tact », nécessaires pour mieux « sentir avec ». S. Ferenczi encourage également l'empathie qu'il compare à la « bonté »⁷⁹¹.

Je suis donc bien loin de me positionner dans une forme de « neutralité » qui ne provoquerait que la fuite des adolescentes généralement hostiles à cette situation duelle qui invite à parler de soi sous le regard d'un autre. J'ai cependant bien conscience qu'un trop plein d'empathie pourrait engluier l'adolescente dans une dépendance passive qui ne pourrait que la piéger dans son système défensif.

A noter également que les agissements limites qui caractérisent la majorité de mes patientes s'expriment parfois par une agressivité envers moi et le cadre. Je tente toujours d'accueillir ces « attaques », parfois à la limite, avec le plus de sérénité possible afin de ne pas me laisser submerger par ma propre agressivité interne qui pourrait sincèrement nuire au sujet (autant qu'à moi-même). Ce processus de compréhension du transfert nécessite alors une mise à distance de l'objet, par un silence, une réaction froide ou une attitude qui marque le cadre. Je compare cette mise en acte à ce que P. Fédida appelle la

⁷⁹⁰ Ferenczi, S. (1928). *Élasticité de la technique psychanalytique* (éd 1982), in *Psychanalyse IV*. Paris : Payot

⁷⁹¹ Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*, texte établi sous la direction de J. Dupont (éd 1985). Paris : Payot

« meurtralité ». P. Fédida la décrit comme une réponse au transfert négatif qui permettrait cependant au patient (qui se sentirait comme un étranger) de se sentir considéré comme un autre car « seule la meurtralité peut reconnaître l'autre »⁷⁹².

5.4.4 Les groupes de psychodrames : cadres, règles et spécificités

5.4.4.1 Le groupe de psychodrame de l'unité (Groupe 1)

Le groupe de psychodrame de l'unité est destiné aux adolescentes anorexiques hospitalisées à temps complet ou de jour. Il possède également la particularité d'accueillir des adolescentes aux prises avec des TCA suivis sur la consultation (pédiatrie et psychiatre). Le trouble des conduites alimentaires est la seule indication.

C'est un groupe ouvert dans lequel on peut rentrer et sortir sans protocole particulier de façon à accueillir sans perdre trop de temps les jeunes nouvellement hospitalisés. A l'inverse, une adolescente qui ira mieux sera redirigée vers une autre psychothérapie ou arrêtera tout simplement le suivi. Cette facilité du cadre est également pensée pour apporter un peu de souplesse et ainsi permettre aux adolescents d'expérimenter les imprévus et les nouveautés dans la sécurité. De ce fait, les participantes peuvent potentiellement changer toutes les semaines. Malgré tout, on remarque que le noyau constitutif du groupe ne change que rarement et que la sortie du groupe signifie généralement que l'enfant va mieux. En effet, sa base constitutive est en règle générale composée des adolescentes hospitalisées (à temps complet ou de jour). Le groupe se déroule dans une salle d'ateliers thérapeutiques du CMP, ce qui permet d'intégrer les jeunes patients hospitalisés avec les adolescents suivis en post-hospitalisation. Cette ouverture sur l'espace a l'avantage de rassurer les jeunes filles hospitalisées qui peuvent vérifier que les soins peuvent se poursuivre malgré la sortie (« nous serons toujours là ») et leur permet de garder contact avec un peu d'extérieur. J'anime ce groupe en collaboration avec le Dr F., pédopsychiatre responsable de l'unité d'hospitalisation pour adolescents et cheffe de service de la pédopsychiatrie. Elle tient une position d'observateur participatif et m'accompagne dans l'animation de certains psychodrames pour « doubler » si besoin. Elle n'intervient cependant jamais en tant qu'ego-auxiliaire⁷⁹³. A la fin du groupe, sa présence en tant que médecin permet de partager de riches temps de discussions. Les jeunes adolescentes peuvent ainsi partager un temps avec leur psychiatre, disponible en dehors de son « autorité » médicale.

A noter que sa position d'observatrice lui permet de prendre des notes pendant les jeux psychodramatiques qui nous permettent après coup de ne pas se laisser déborder par l'interprétation subjective.

⁷⁹² Fédida, P. (1995). Le site de l'étranger. Paris : Puf p.55

⁷⁹³ Le double peut cependant être considéré comme un égo-auxiliaires notamment lorsqu'il est permanent. Dans ces cas-là, le double reste tout le long du jeu, au côté du protagoniste et participe aux échos dans les rôles et se dérole.

Il est important de rappeler que ce groupe a été créé pour donner suite au constat qui ne souffre d'aucune contestation : les patients qui consultent sur le centre référence TCA sont en augmentation de + 80% sur les cinq dernières années. En effet, le service de pédopsychiatrie et de pédiatrie travaillent en collaboration étroite avec le centre référence TCA du département. En d'autres termes, une adolescente de la région aux prises avec un trouble des conduites alimentaires passera par l'un de ces services, voire les deux. Tout dépend bien entendu de son état physique et psychique. Généralement, l'adolescente passe par le service de pédiatrie, reste hospitalisée (avec ou sans sonde nasogastrique) le temps d'une observation puis est dirigée vers la pédopsychiatrie où son hospitalisation dure parfois plus longtemps. Si le séjour d'un adolescent en pédopsychiatrie dure en moyenne trois semaines, le séjour d'une patiente qui souffre d'anorexie mentale peut durer plus d'un an. Il faut du temps et nous le savons. Cependant, nous savons également que plus le diagnostic est posé tôt, plus les choses iront vite. De même que plus l'enfant « décompensera » jeune et plus il aura de chance de s'en sortir et d'échapper à la terrible chronicité que l'anorexie mentale propose comme un éventuel projet de vie. Mais on ne vit pas anorexique et les projets d'une « vie réussie » deviendront irréalisables tant le corps tout entier (soma et psyché) se dévitalise. C'est pour cela qu'il faut agir vite. Le temps est en effet un bon pronostic de guérison. Mais au départ, le déni est toujours très opérant et peut laisser l'enfant dans une confusion qui peut faire perdre un précieux temps. Le groupe tel que nous l'avons pensé, peut venir répondre à toutes leurs incompréhensions et lever les confusions afin que les choses ne se cristallisent.

Le déroulement d'une séance :

Le groupe 1 se déroule le mardi en début d'après-midi. La séance dure 1h15, ce qui est très court. Nous sommes installés en cercle, comme pourrait le faire R. Marineau⁷⁹⁴, comme pour venir envelopper et contenir tous les mouvements psychiques dans une enveloppe intersubjective.

Nous divisons ce groupe en quatre temps. :

Le 1er temps : l'accueil et la restitution. Nous commençons toujours la séance par les mêmes questions. Tout d'abord, nous leur demandons si elles ont pensé, rêvé ou agi en fonction du dernier groupe. Une fois la restitution faite, nous leur demandons comment elles se sentent et avec « quoi » elles arrivent. Les réponses font émerger une discussion dans laquelle une « dynamique de groupe » va s'installer. En fonction de ce qui se passe, j'adapte la mise en train qui ouvre le second temps.

Le 2ème temps : l'échauffement (la mise en route). L'échauffement permet de faire « bouger » les participantes du groupe et de les inviter à se « réchauffer », se détendre, se vider un peu la tête. Pour cela, nous utilisons des jeux théâtralisés et de mises en train que je choisis en fonction de l'humeur du jour, de l'ambiance et de l'atmosphère. Si les jeunes sont fatiguées, je vais choisir un jeu plus animé, voire amusant. Si le groupe ne se connaît pas, je vais plutôt opter pour de la sociométrie... Je ne sais pas encore qui sera le protagoniste mais je dois « préparer » le groupe au jeu qui va suivre. Le plus

⁷⁹⁴ Marineau, R. (1989). J.L. Moreno et la troisième révolution psychiatrique. Paris : Métailié

souvent, le thème du jeu sortira de la mise en train qui aura servi à faire émerger dans le transfert une problématique commune.

Le 3ème temps : le jeu, le psychodrame. Ce sont des jeunes adolescentes, parfois de 11 ans à peine, c'est-à-dire des collégiennes de 6ème que je considère pour ma part encore comme des enfants. Il faut les protéger et leur proposer un cadre encore plus contenant que pour les adultes (pour qui l'introspection est plus naturelle). Quand les choses tergiversent, je propose moi-même à une adolescente d'être la protagoniste, parfois même le thème du jeu, que j'anime à la façon d'un sociodrame. Mais en général, une problématique commune se dégage (la puberté, la tristesse, l'ennui, l'école, les réseaux sociaux...) et un protagoniste avec. Le psychodrame se déroule ensuite sous forme de vignettes (le jeu dure en moyenne 20 minutes).

Le 4ème temps : les échos. Une fois le jeu terminé, nous faisons les « échos dans les rôles » sur la scène. Je demande aux personnages du jeu s'ils ont des choses à rajouter ou à dire au protagoniste. Je procède à une véritable interview : « alors vous Mr le Papa, comment vous sentez-vous ? Qu'avez-vous envie de dire à votre enfant ici présent... ». Une fois que les échos dans le rôle sont terminés, je demande aux égo-auxiliaires de se « dérouter »⁷⁹⁵, de quitter le rôle qu'ils ont interprété. Lorsque tout le monde est revenu s'asseoir, nous écoutons les « échos personnels ». Le psychodrame est en effet suffisamment concret pour faire émerger des sensations et des affects personnels parfois très forts. Il s'agit dans ce cas de dire ce qu'on a ressenti ou à quoi on a pensé. Il n'est bien entendu surtout pas question de commenter ou donner son avis sur le jeu qui s'est déroulé. L'ensemble des échos personnels donne une dynamique commune et permet au groupe de discuter et de travailler en commun les problématiques partagées.

5.4.4.2 Le groupe de psychodrame de la consultation (Groupe 2)

Le groupe de psychodrame de la consultation est destiné à recevoir des adolescents suivis sur le CMP. Certains sont déjà passés par l'hospitalisation et connaissent le groupe de psychodrame de l'unité (Groupe 1). Les autres adolescents, venus consulter pour de multiples raisons diverses, sont souvent loin de relever d'une hospitalisation. Beaucoup d'entre eux ignorent même (au départ) l'existence d'un service d'hospitalisation à temps complet. Cependant, nous proposons régulièrement (à chaque nouvelle session) d'intégrer une adolescente hospitalisée pour anorexie dans ce groupe. Il offre en effet une ouverture sur l'extérieur et invite des adolescents venus de tout milieu à se rencontrer. Les « anciens » ados qui sont passés par l'hospitalisation demandent généralement à la nouvelle venue un état des lieux détaillé du service. Cet espace permet aux adolescentes anorexiques hospitalisées sur l'unité depuis un certain temps de rencontrer des adolescentes du même âge, scolarisées et, comme elles aiment le rappeler, en provenance d'un espace « hors de ces murs ». Suivant l'hypothèse que les groupes « non spécialisés » (multi symptomatiques ou ouverts) possèdent des vertus thérapeutiques indéniables,

⁷⁹⁵ Il peut apparaître anodin de tenir un rôle épisodique mais lorsqu'on se fait agresser ou insulté, même dans le rôle d'un homme fort et puissant, la sensation désagréable ressentie au cours du jeu peut rester et l'égo-auxiliaire peu avoir du mal à « quitter » son rôle.

nous l'avons effectivement vérifié pour certaines patientes. « Couper avec l'anorexie fait du bien »⁷⁹⁶, même pour un temps si court. Rien n'est là pour leur rappeler leur pathologie et le contact avec d'autres issues d'ailleurs, en mouvement dans la cité, réanime un petit feu d'espoir que l'austérité hospitalière éteint malheureusement trop souvent. Intégrer une patiente anorexique dans un fonctionnement de groupe tel que celui-ci nous questionne toujours. Leur état physique (souvent très amaigri), leur timidité, leur inhibition ne laissent aucun membre du groupe indifférent. Et pourtant, en 8 ans, aucun adolescent n'a émis la moindre remarque. Aucun commentaire n'a été fait et aucune question maladroite n'a été posée.

Ce groupe se déroule tous les jeudis soir de 17H à 19H depuis 2015 (hors période scolaire et jour férié). Je l'anime en collaboration avec une collègue pédopsychiatre, le Dr J., elle aussi formée au psychodrame par Colette Esmenjaud Glasman à l'EFP. Notre compatibilité apporte de ce fait une dynamique différente du groupe 1. Je ne suis en effet pas le seul animateur et peux par conséquent rester en retrait lors d'un jeu animé par ses soins (cependant toujours attentif pour doubler ou intervenir en tant qu'Ego auxiliaire). Il s'organise plus ou moins de la même façon que le groupe de psychodrame de l'unité. La moyenne d'âge est cependant plus élevée (certains restent présents au groupe même après leurs 18 ans). Aucune indication thérapeutique n'est recommandée mais la majorité d'entre eux sont aux prises avec des troubles anxieux majeurs qui les handicapent au quotidien (refus scolaire, fugues, automutilation, addiction...).

Nous occupons le même espace que le groupe de l'unité (CMP). Les participants sont cependant installés en demi-cercle face à la scène. Même espace, mêmes règles, pour une organisation un brin différente. Si les consignes restent sensiblement les mêmes, la profondeur des jeux diffère en tout point. L'âge ne semble pas la seule explication. L'inhibition et les motivations sont différentes. Dans ce groupe, les participants sont volontaires et ont demandé à participer. Certains viennent de loin (parfois à plus de 150 kilomètres) et sont contraints de louper leurs activités extra-scolaires. Chacun souhaite généralement profiter un maximum de ce temps pour comme ils disent, « rentabiliser leur venue ».

A noter que je m'impose une prise de notes après chaque séance afin de ne pas trop mettre à mal mon « travail de mémoire ». Certains stagiaires peuvent également remplir cette mission.

Les séances s'organisent comme le groupe de l'unité (groupe 1) :

Le 1er temps : l'accueil et la restitution

Le 2ème temps : l'échauffement (la mise en route)

Le 3ème temps : le psychodrame. Ce temps diffère cependant de l'autre groupe. En effet, les participants sont « psychiquement » plus grands et les thèmes de jeux se rapprochent de ceux que l'on retrouve chez les adultes. La plupart du temps, plusieurs protagonistes se dégagent et nous devons choisir (soit par jeux sociométriques, soit selon

⁷⁹⁶ Une patiente

« l'urgence »). Nous sommes donc vigilants à ne pas laisser un ado trop longtemps avec l'envie de jouer en tant que protagoniste.

Le 4ème temps : les échos et sortie du groupe

5.4.4.3 Les règles et consignes du groupe

Avant de jouer un psychodrame, les membres de mes groupes sont assis en cercle (pour le groupe 1) et en demi-cercle face à l'espace de jeu (pour le groupe 2). Ce temps d'introduction par la discussion nous permet de revenir sur la dernière séance (c'est le temps de la restitution) puis de voir ensemble qui a besoin ou envie de jouer.

Dans le groupe 1, nous commençons toujours par un échauffement (une marche, un jeu...) suivi d'un exercice de sociométrie. En fonction des échos, nous proposons un jeu de rôle, véritable fiction que nous inventons ensemble.

Nous procédons au commencement du groupe 2 de la même façon (échauffement) puis nous demandons « qui a envie de jouer ? ». En cas d'inhibition, nous pouvons demander à chacun « et si tu devais jouer quelque chose aujourd'hui, que jouerais-tu ? ». Tout le monde peut ainsi s'exprimer sans avoir l'impression de prendre la place de quelqu'un d'autre. En fonction de ce que l'on va considérer comme urgent (au dépens des besoins de chacun), nous choisissons le protagoniste à qui nous demandons de se lever et de venir nous raconter sur la scène ce qui le préoccupe. La mise en scène de ce qui est raconté permet ainsi au protagoniste de nous « montrer », véritable clé qui facilite le déroulement de l'élaboration. Même lorsque le jeu patine et que le protagoniste est coincé, « montrer » devient souvent la solution pour éclairer ce qui semble compliqué à expliquer. Ainsi, tout peut prendre forme et s'exprimer. Un dialogue peut émerger et l'on se retrouve à discuter l'objet manquant et dangereux.

Les règles de « jeu » existent non pas pour réprimer la spontanéité mais au contraire pour la favoriser, la contenir et la canaliser. Les règles, au même titre que le cadre, sont inhérentes à la sécurité de chaque groupe et de ceux qui le constituent. En ce sens, la banalité doit toujours être exclue car tout peut avoir potentiellement de la valeur. Les règles sont les mêmes pour tous les groupes.

La confidentialité :

Tout ce qui se dit et se fait au groupe reste au groupe ! C'est la règle la plus fondamentale. Elle garantit la sécurité de chacun. Elle offre la confiance nécessaire pour déposer l'intime. Des liens étroits entre les membres du groupe peuvent en effet exister au-delà du fait que la menace du « je vais le répéter » ne quitte jamais vraiment celui qui se livre aux confidences. Les menaces de la trahison et de l'humiliation sont d'autant plus exacerbées par le phénomène des réseaux sociaux. En effet, les éléments de la vie secrète peuvent se retrouver et circuler sur la toile de façon si rapide que nous devons faire preuve d'intransigeance avec cette règle. A écouter les adolescents, « tout le monde » connaît désormais « tout le monde » via les différents liens Snapchat ou Insta partagés sur les stories. La confidentialité est donc une règle plus qu'importante. C'est le socle sur lequel repose toute la confiance basale nécessaire au bon fonctionnement du groupe. Chacun doit en effet se sentir en totale sécurité pour se raconter sans danger et pour

laisser ses émotions émerger sans avoir à craindre d'être « balancé » par l'un des membres du groupe.

L'assiduité :

Chaque membre du groupe s'engage pour une durée déterminée . En effet, même si j'ai pu évoquer plus haut la souplesse du groupe 1, les membres du groupe 2 s'engagent pour une cession d'une durée de 6 semaines intercalées entre chaque période de vacances scolaires. Pour que la dynamique de groupe soit positive, il est nécessaire de créer un lien de permanence afin de faire exister une certaine continuité des choses. Les absences imprévues fragilisent la cohérence et la stabilité inhérentes à la contenance.

La restitution :

Tout ce qui se passe en dehors du groupe et qui concerne le groupe appartient au groupe. En ce sens, si les adolescents se retrouvent ou échangent en dehors du temps de thérapie, ils doivent en faire un retour, une restitution. Certains de mes confrères interdisent tout simplement les rencontres à « l'extérieur » sous peine de renvoi du groupe. Mais comme évoqué auparavant, le psychodrame accueille tout ce que le sujet peut ou/et veut apporter. Des liens d'amitiés sincères émergent parfois à travers les espaces de psychodrame. Jamais cela n'a posé problème. Bien au contraire, les adolescents ont besoin des autres pour aller mieux et les liens affectifs qui se créent possèdent des vertus thérapeutiques que nous ne négligeons pas. Ainsi, les adolescents s'encouragent et se motivent mutuellement. Il est parfois arrivé à certains de se retrouver en soirée, d'arroser ensemble leur solitude et leur tristesse d'exister. Ces éléments de vie nous échappent forcément, mais nous savons qu'un adolescent se construit également à travers et au regard de la transgression.

5.5 Méthode d'analyse

Cette recherche clinique s'organise autour d'un référentiel psychanalytique. De ce fait, la méthode d'analyse s'organisera dans un premier temps autour d'un va-et-vient d'analyses entre les éléments théoriques mis à l'épreuve dans l'expérience clinique et l'analyse du matériel clinique recueilli à travers l'observation, les entretiens et les séances de psychodrame. Ce matériel sera lui aussi mis en question au regard des concepts théoriques étudiés et critiqués en amont. Théorie et clinique sont par conséquent interdépendantes l'une de l'autre.

De plus, je procéderai à une analyse de 6 cas cliniques de 6 adolescentes aux prises avec le même syndrome mais qui présentent des histoires et des particularités singulières.

De surcroît, comme toute recherche en psychanalyse, la méthode d'analyse s'organise autour de l'analyse des relations transférentielles qui émergent entre les patientes, les soignants et moi-même.

TROISIEME PARTIE : ETUDES DE CAS

« Comme ce serait simple, et rassurant, s'il n'était, encore une fois, question que d'Œdipe ou de son négatif ! »⁷⁹⁷

J-B. Pontalis

« Nous avons besoin d'inhiber en nous ce que « demens » a de meurtrier, de méchant, d'imbécile. Nous avons besoin de sagesse qui nous demande prudence, tempérance et mesure »⁷⁹⁸

E. Morin

« D'une part, l'homme est semblable à de nombreuses espèces animales, en ceci qu'il combat sa propre espèce. Mais d'autre part, il est, entre des milliers d'espèces qui se battent, la seule où la lutte soit destructive... L'espèce humaine est la seule à se livrer à des massacres, la seule à ne pas s'adapter à sa propre société»⁷⁹⁹.

N. Tinbergen

⁷⁹⁷ Pontalis, J.-B.(1973). « L'insaisissable entre-deux », Nouvelle revue de psychanalyse, n° 7, p. 13-23.

⁷⁹⁸ Morin, E. (1997). Amour, poésie, sagesse. Paris : Seuil p.8

⁷⁹⁹ Tinbergen, N. (1951). L'Étude de l'instinct (éd 1953) Paris : Payot

6 CHAPITRE 6. A L'AUBE DU CRÉPUSCULE

6.1 Julie

J'ai choisi le pseudonyme de Julie en raison de son étymologie, *lule*, nom formé d'un mot latin signifiant « qui descend de Jupiter ». Au regard de la dynamique familiale de Julie, nous pouvons souligner quelques points communs avec celle d'Echo, accusée et sacrifiée pour s'être « mêlée » de la vie sexuelle de ses parents Jupiter et Junon.

6.1.1 Histoire de Julie

Août 2014 !

Il fait un temps caniculaire. Le soleil brille aussi fort que le ciel est bleu. Je suis bientôt en vacances, mais avant mon départ, nous parlons en staff médical d'une jeune adolescente hospitalisée en pédiatrie qui ne devrait pas tarder à rentrer en hospitalisation complète. On attend qu'elle prenne un peu son poids avec la sonde. Histoire classique d'une jeune adolescente anorexique, qui attend silencieusement dans les coulisses son arrivée en psychiatrie (« le centre » comme certaines l'appellent).

Julie a 13 ans lorsqu'elle arrive en pédopsychiatrie en ce début de septembre. Petite brune à la peau mate et aux yeux très clairs, son regard est pourtant difficile à saisir. Caché derrière sa longue et lisse chevelure, on le sent néanmoins pétillant et intrigué par tout ce qui l'entoure. Son large sourire, presque hypnotique, renferme habilement une immense souffrance que son corps blessé semble incapable de dissimuler. Mais Julie, même affaiblie, fait partie de ses adolescents pour qui tout va toujours. Attirée par les autres, passionnée de tout et désireuse d'expérimenter toutes les nouvelles activités qui s'offrent à elle, elle se caractérise par une spontanéité tout aussi joviale qu'amusante. En effet, Julie est drôle, rigole d'elle et des autres sans trop de mièvrerie. Intelligente et réfléchie, elle est appréciée par les soignants et suscite chez certains une affection à la limite du politiquement professionnel. « Alors elle je l'adore, elle est différente des autres », disait régulièrement une infirmière à son sujet.

Julie vient de passer ses vacances d'été en pédiatrie. Deux mois à stagner, sans prendre le moindre gramme, à contempler les passants du trottoir d'en face du coin de sa fenêtre. Déprimée selon le pédiatre par l'enfermement hospitalier, elle arrivera en pédopsychiatrie dans un état physique similaire à celui de son entrée en pédiatrie générale. Mais « Julie a besoin de mouvement et surtout des autres car son isolement la déprime »⁸⁰⁰. Elle a en effet besoin d'être psychiquement réanimée. L'immobilité semble l'avoir totalement éteinte et renforcé son état mélancoliforme et ses défenses autosadiques. Malgré son mauvais état somatique, on prend alors le risque de l'accueillir dans notre service (le risque reste l'option la plus nécessaire qu'il soit lorsqu'on accompagne de près ou de loin une adolescente souffrant d'un TCA). Dès son entrée, on note d'importantes perturbations physiologiques. Julie est bradycarde, en hypothermie et en hypotension. Les IDE du service sont sur le qui-vive, « les constantes somatiques »

⁸⁰⁰ Argument du pédiatre...

doivent être prises trois fois par jour et deux fois par nuit. Julie est également très carencée. Ses cheveux commencent à tomber et malgré ses larges vêtements, on remarque facilement une fonte musculaire importante. Elle pèse 34 kilos pour 1m 60.

Julie est à la fois triste et souriante, contraste cocasse, révélateur des chagrins d'enfants aux allures mélancoliques. La pédiatrie nous avait alerté sur sa tristesse, mais à son arrivée dans notre service, composé d'adolescentes toutes aussi sympathiques qu'accueillantes, Julie a gardé son sourire et semble le temps d'un instant avoir mis sa peine de côté. Malheureusement, Julie va très vite déchanter et regretter la pédiatrie, son téléphone portable et les visites quotidiennes de ses parents et de ses amis.

Depuis toute petite, Julie ne rêve que d'une chose : soigner les animaux des pays d'Afrique. Ce doux mélange entre « sauver » et « ailleurs » illustre parfaitement bien sa personnalité : être là pour et avec les autres sans que les siens ne soient trop près d'elle. Musicienne de bon niveau, amatrice de littérature Anglo-saxonne, Julie s'exprime, pense et commente le monde avec un aplomb d'une jeune étudiante de philosophie. Mais le paradoxe est bien présent. Tout aussi mature qu'elle en ait l'air, elle peut cependant se montrer d'une immaturité affligeante, notamment lorsqu'il s'agit de passer à table où lorsqu'on lui refuse quelque chose. Le « non » semble en effet la contrarier. Un éducateur dira d'ailleurs à ce propos « cette petite est aussi capricieuse que ma fille de 3 ans ». Effectivement en difficulté avec la « frustration », Julie est cependant comme toutes les autres adolescentes anorexiques, terrorisée à l'idée de ne pas maîtriser et de laisser l'imprévu l'emporter. Ce besoin d'avoir la main sur tout ce qui l'entoure, va cependant lui échapper peu de temps après son arrivée dans le service. En effet, Julie a connu en référence médicale, un jeune médecin destiné à la psychiatrie adulte, Chef de clinique après l'obtention de son doctorat, de passage dans notre service pour deux ans, afin de réaliser son clinicat. Convaincu des bienfaits des contrats de poids et de séparation, son psychiatre lui a posé un contrat plutôt déroutant :

Appels téléphoniques : à 38 kilos

Permissions de week-end : à 42 kilos

Sortie définitive : à 45 kilos

Au commencement de son hospitalisation, son déni était si fort qu'elle ne s'est jamais vraiment plainte de ses austères conditions thérapeutiques. Enfermée dans son déni, isolée dans son fonctionnement où le monde extérieur n'existait plus, elle s'est laissée porter dans une mélasse tristement nihiliste. Julie était coupée du monde, cela semblait lui plaire. Qu'avait-elle à oublier ? De quoi voulait-elle se couper ?

A mesure du temps, la psychothérapie avancée, les prises de consciences émergées. En parallèle, ses parents et ses amies ont commencé à lui manquer. C'est en effet tous les éléments de la vie qui sont venus lui manquer, de l'école à la musique, des balades en forêt au shopping du mercredi après-midi.

« T'as qu'à manger, et tu pourras faire tout ça » lui a répondu un jour une infirmière. Aberrant ? Comment en effet une soignante aguerrie pouvait-elle tenir de tels propos ? Irait-on dire à un dépressif d'être plus heureux ? Ou à un alcoolique d'arrêter de boire ? Mais seul son poids semblait nous préoccuper, c'était le statu quo. Les « récompenses » dues aux efforts ne venaient pas... Pendant des semaines, rien ne bougea, à peine 1 kilo en deux mois et demi. Puis Noël arriva, vous connaissez l'histoire⁸⁰¹...

⁸⁰¹ Julie a demandé une permission, mais s'est retrouvé en pédiatrie (cf. Introduction)

« Le cauchemar »⁸⁰² de Julie a vraiment débuté dès son retour de pédiatrie en février. Le chef de clinique, toujours aussi convaincu, gardera le même contrat, sans tirer leçon de ce qui s'offrait à nous : *la terreur de la passivation* ne faisait que renforcer l'activité masochiste et la régression mélancoliforme.

Un aide-soignant du service a fait un jour en réunion une remarque toute aussi effrayante qu'importante. Il a demandé au médecin (bien au fait de la réponse) : « savez-vous depuis combien de temps Julie n'est pas sortie du service ? » Deux mois ! Cela faisait deux mois que Julie n'avait pas respiré le grand air, loin des murs de la psychiatrie (il y a de quoi devenir fou...). Deux mois que Julie n'avait pas côtoyé ou parlé à un autre que nous, soignants ou patients du service. Deux mois qu'elle était totalement coupée de sa vie, de sa famille, de ses amis et de ses réseaux sociaux. Deux mois qu'elle ne souriait plus. Cette jolie jeune fille n'était plus que l'ombre d'elle-même, que l'ombre de son fantôme anorexique, destiné à hanter de son épouvantable souffrance les murs austères et granulés de l'hôpital. Deux mois qu'elle s'éteignait à petit feu, sans faire le moindre bruit. Jouir de la contrainte, voilà ce qui la maintenait à flot. D'origine si maline, si taquine, on ne l'entendait plus, on ne la voyait plus. Elle avait littéralement disparu sous nos yeux. Nous avions délibérément enfermé le rien dans du rien et pour rien...

Au moment de son hospitalisation, nous avons accueilli de jeunes patients aux prises avec d'importants et violents troubles du comportement. Ces adolescents mobilisaient une telle attention, que Julie, de plus en plus absente, s'est littéralement faite oublier. Entre les mises en isolement des jeunes suicidaires et le rappel constant du cadre éducatif strict posé pour répondre aux agressions des autres, Julie a sincèrement connu un contexte d'hospitalisation d'une rare violence, un contexte qui rendrait malade n'importe quel adulte de la population générale en bonne santé psychique.

Julie fugua un week-end. Première et dernière adolescente anorexique de notre service à poser un tel acte. C'était la fin du printemps, il faisait beau. Les arbres étaient revenus à la vie en fleur et Julie avait repris des forces, physiques et morales. Elle pesait désormais 42 kilos depuis plusieurs semaines, le poids de sortie n'était pas loin. Je militais avec d'autres soignants pour une sortie urgente, sous peine qu'elle replonge dans une *détresse* que nous institutionnalisions. Ce n'était pas la première fois que je soulignais mon désaccord de façon si tranchée. Mes remarques ont cependant agacé et/ou blessé le jeune chef de clinique car sa colère m'éclata un jour en pleine figure. Je me suis surpris à lui répondre sur un ton similaire. Pris dans une contagion émotionnelle pleine de passions tristes, nous étions malheureusement, convaincus et coincés dans nos certitudes, à aboyer sans penser, à débattre sans s'écouter, à ne laisser que nos désirs s'exprimer. « L'autorité » face au « sauveur » : rien n'allait et tout partait à vau-l'eau. La semaine qui suivit, les parents de Julie, à bout du calvaire, ont signé avec la cheffe de service, le Dr F. une sortie contre avis médical. Fin d'hospitalisation. Fin du cauchemar ?

Nous n'avons plus entendu parler de Julie pendant les deux mois qui ont suivi sa sortie d'hospitalisation. Mais après ces deux mois remplis d'illusion, elle s'est retrouvée hospitalisée en réanimation. En effet, enfin libre d'agir à sa convenance, Julie a perdu tous les kilos que nous lui avons obligée à prendre (en très peu de temps et jusqu'à en frôler la mort). Après son passage en pédiatrie, l'été 2015 fut une copie conforme du précédent. Elle fera cependant sa rentrée au collège en octobre avec un emploi du temps aménagé

⁸⁰² C'est le titre d'un manuscrit que Julie a écrit sur son hospitalisation

sans repasser par l'hospitalisation en pédopsychiatrie. Le Dr F. a cependant récupéré la référence médicale et nous avons elle et moi soutenu les soins en ambulatoire, loin des hospitalisations de jour et/ou à temps complet, et cela jusqu'à sa majorité.

Lorsque nous reparlions un jour en entretien de sa fugue, sa mise en acte de son opposition contre l'aliénation sécuritaire hospitalière, elle me répondra : « vous me forcez à avoir un corps que je ne voulais pas avoir ».

6.1.2 La problématique cannibalique

Après son hospitalisation, Julie a participé au groupe de psychodrame de la consultation. Composé de quatre filles et d'un garçon plus âgés, Julie s'est très vite protégée des conversations d'un groupe désireux d'aborder tous les sujets dit « tabous ». Un tel groupe crée en effet un espace particulier dans lequel les angoisses les plus archaïques peuvent émerger. Les mouvements régressifs liés aux conflits adolescents peuvent alors être violemment vécus et Julie s'est vite fait remarquer par son « absence » et son inhibition. En effet, au regard des thèmes abordés (sexualité, film d'horreur, drogue et alcool), les co-excitations pulsionnelles n'étaient pas rares et embarquaient tous les adolescents dans les sombres profondeurs de la sexualité génitalisée. Nous interrogeons toujours l'intérêt d'aborder de tels sujets et nommons la gêne ou l'excitation qu'ils peuvent impliquer et provoquer chez n'importe qui, les adultes comme les adolescents. Mais Julie a longtemps fait barrage et a habilement échappé à toutes les sollicitations.

Nous sommes au printemps 2016. Julie à désormais 15 ans. Les membres du groupe sont agités. Une forte excitation pulsionnelle contamine l'atmosphère de la pièce. Aline, une adolescente de 16 ans aux prises avec un TCA de type boulimique, est la dernière arrivée dans le groupe. Elle demande ce jour à être protagoniste. Elle désire jouer une scène dans laquelle son père et elle se sont fâchés il y a peu de temps un soir devant la télévision. Elle nous raconte que cette altercation a « comme d'hab, été violente » mais Aline souhaite l'explorer. Elle choisit Ludo pour jouer le rôle de son père. Elle ne souhaite pas pour le moment représenter sur l'espace de jeu d'autres ego-auxiliaires. Après l'installation de la scène et une description rapide du père présenté par Aline, le jeu démarre sur un tempo rythmé par des intensités similaires au récit initialement raconté :

-Aline: « Putain mais zappe moi ces chaînes de merdes, tu vois bien qu'ils cherchent à nous faire peur ».

-Le père : « Arrête de me casser les couilles, laisse-moi regarder ma télé. C'est important de s'informer ».

Après une joute verbale incessante mêlant des propos tout aussi fécalisés que sexualisés, on arrête le jeu. Je demande à Aline comment elle se sent. Elle nous répond « c'est horrible, j'ai envie de le tuer ». Après des changements de rôle et l'entrée de la mère d'Aline en jeu (jouée par Margaux), Aline se lève et me crie « putain c'est le néant ici ». Je lui propose de suite de choisir quelqu'un pour jouer le néant. A notre grande surprise, Aline choisit Julie qui accepte sans dire grand-chose (Julie est rarement appelée pour jouer des rôles). Je demande à Aline de changer de rôle et d'incarner « le néant » :

-Le psy « : « Bonjour le néant, pouvez-vous s'il vous plaît vous présenter ? »

-Le néant (joué par Aline dans le rôle de présentation) : « Je suis le néant, l'apocalyptique... avec moi, y a tout qui meurt ».

-Le psy : « Et que faites-vous ici ? Vous êtes de passage ou connaissez-vous bien les lieux ? »

-Le néant : « Je suis chez moi ici, j'y habite depuis aussi longtemps que cette famille de dingo ».

-Le psy : « Dites-vous ou faites-vous quelque chose en particulier pour vous signaler ? »

-Le néant : « Je gesticule comme un fantôme, invisible, personne ne me voit mais je nuis et veille à ce que chacun reste dans sa m... ».

Julie semble interloquée mais reprend le jeu avec le reste de la petite troupe : ça s'emballe et l'excitation monte. Difficile pour le protagoniste et les égo-auxiliaires de tenir les rôles sans laisser émerger de petits rires nerveux. Mais après plusieurs confrontations dans lesquelles père, mère et fille se déchirent sans sommation, la mère crie d'un ton sec : « Mais taisez-vous, vous allez réveiller le bébé ». Le néant lui répond aussitôt d'une voix très douce et suave : « Ne vous inquiétez pas, je l'ai mangé... ».

Aline nous confirme à la suite du jeu qu'aucun bébé n'était présent dans sa maison, aussi bien réellement que dans l'imaginaire de son jeu psychodramatique. Aline est en effet fille unique. Je vérifie cependant la teneur des propos de Julie, afin de m'assurer qu'il n'y a pas de malentendu. Est-ce un lapsus, le retour d'un élément refoulé de son inconscient sexuel ? Mais Julie me confirme un brin gênée son propos en ajoutant : « Je ne sais pas pourquoi j'ai dit ça, j'ai pas gérer là ». Est-ce alors un élément de la pulsion de mort issu de l'inconscient amential ? Est-ce que Julie, à travers le rôle du Néant, nous expose une problématique cannibalique mélancolique ?

C'est lors des échos personnels de ce jeu que nous avons appris certains détails importants de la vie de Julie. En effet, dans les différents échos personnels, les adolescents ont tour à tour raconté des scènes de dispute avec leurs parents. Les parents de Julie sont divorcés, nous le savons. Et s'ils s'entendent et collaborent plutôt bien pour les soins de leur enfant, cela n'a pas toujours été le cas. Ce soir de groupe, Julie nous raconte à travers son écho un fait traumatique dont elle n'avait encore jamais parlé : « J'ai vu mon père tromper ma mère. Il m'a fait jurer de ne rien dire mais ma mère l'a surpris aussi. Du coup c'est un peu la guerre entre les deux, et moi je suis au milieu... ».

6.1.1 Des mouvements passionnels des adultes aux traumatismes infantiles

Julie avait 9 ans lorsqu'elle surprit son père avec une autre femme que sa mère. Si le filtre interprétatif d'une petite fille de 9 ans ne permet pas de traduire convenablement la réalité, les ébats sexuels étaient assez explicites pour que Julie intègre tout le caractère obscène d'une telle scène. Le mouvement passionnel des adultes semble avoir débordé psychiquement Julie : « je n'ai rien pu dire ». En effet, l'enfant débordé reste généralement dans l'incapacité de parler face à l'effroi car il est incapable de traiter psychiquement l'évènement.

Après la supplique d'un père désarçonné, Julie a gardé le secret pendant plus d'un an avant que sa mère ne se retrouve à son tour témoin d'une scène similaire. Telle Héra pétrie dans sa terrible colère, la mère de Julie a immédiatement demandé le divorce et la garde exclusive de sa fille. Mais poussée par un fort sentiment de culpabilité, Julie avoua à sa mère son lourd secret, bien trop difficile à garder (le journal intime ne suffit pas toujours). Vexée et visiblement très déçue par sa fille, Julie fut chassée, déchue, excommuniée chez le traître aussi « pervers que sa fille » (propos confiés par Julie). Julie alla vivre quelque temps chez son père avant que sa mère ne revienne très vite la chercher en « l'implorant » de revenir (la solitude devait trop lui peser selon l'interprétation de Julie). Julie, en reconquête affective, s'est littéralement oubliée, dévouée à sauver sa mère de l'effondrement mélancolique trop menaçant. Tout était pensé, prévu et organisé pour le bonheur de sa maman. Seule la jouissance maternelle comptait. Devenues les « meilleures amies » du monde (expression de Julie) Julie écoutait, encourageait et conseillait sa mère dans sa nouvelle vie de jeune femme libre. Des inscriptions aux sites de rencontres aux confidences les plus intimes, Julie s'est retrouvée à aider et à soutenir sa mère dans ses aventures, toutes aussi érotiques que sexuelles. Invitée dans le lit symbolique des divertissements amoureux, Julie fut le soutien d'une femme en recherche active de plaisir, afin de jouir pour oublier le mari adultère, afin de soigner la blessure de trahison, afin de réparer son narcissisme si défaillant par les voies de la sensualité charnelle. Julie s'est retrouvée investie comme l'objet narcissique et incestuel de sa mère. L'effraction pubertaire de l'arrivée de ses premières règles à 13 ans fera tout s'effondrer et interrompre la subversion libidinale, celle de l'adolescence, la subversion libidinale secondaire.

Pendant les entretiens individuels, Julie a souvent abordé la question du sexuel, avec pudeur et méfiance. Nous étions plus ou moins au courant de la situation familiale (sa mère ne se gênait pas pour accuser le père et souligner sa « défaillance »). Mais les détails historiques nous manquaient, même si la maman de Julie ne s'était pas privée de nous expliquer qui était le bon et le méchant de l'histoire, responsable de l'effondrement corporel de sa fille. Julie a pris son temps pour nous raconter. Les souvenirs ont mis en effet un certain temps à revenir à la conscience. L'image de son père nu, chevauchant ardemment sa maîtresse, avait certainement été refoulé mais à mesure que la thérapie avançait, Julie s'est rappelée, a raconté et a beaucoup pleuré... L'image traumatique ayant refait surface, c'est tout un océan d'affect et de sensations qui l'a submergé. Même l'anorexie, certes moins agissante à ce moment, ne pouvait contenir l'envahissement et l'angoisse et ses fantasmes de débordement. Son discours devenait de plus en plus cru, obscène. Elle n'abordait pourtant jamais sa propre sexualité, ni ses propres désirs. Elle ne racontait que le dégoût que son père lui provoquait, toute la haine qu'elle lui vouait.

Lors de la séance de psychodrame racontée ci-dessus, séance dans laquelle les adolescents ont parlé des relations sexuelles de leurs parents et plus globalement, des angoisses que procurent les fantasmes originaires, Julie s'est après coup mise à raconter en détails la scène de son père et sa maîtresse. « Oh l'enculé ! », s'insurgea Aline, « il est pire que le mien ! ». Le groupe, choqué mais solidaire, a de nouveau fait monter une excitation palpable, une agressivité certaine. Après avoir répondu aux questions des membres du groupe, soucieux de satisfaire leurs obscènes curiosités, Julie galvanisée par l'agressivité des filles envers son père, termina son récit par : « J'aurais mieux fait de fermer ma gueule plutôt que de me faire bouffer par ces deux cons ». Puis elle se leva sèchement et sortit bruyamment de la salle du groupe en claquant la porte. Ma collègue et moi sommes restés silencieux et immobiles un certain temps, avant qu' Aline ne se lève à son tour, visiblement déterminée à soutenir sa camarade irritée selon ses dires par le déroulé d'une séance initiée par son jeu de psychodrame.

A travers son agressivité inopinée, je me suis demandé si la pulsion de mort n'avait pas surgi de l'enclave inconsciente. Mais c'est la dimension cannibalique réapparue dans son dernier commentaire (« plutôt que de me faire bouffer ») qui me questionne de nouveau à ce moment-là. Je garde alors en tête ce qui me taraude, prévoyant de reprendre ça avec elle lors de notre prochain rendez-vous.

Lorsque Julie arrive pour son entretien individuel suivant la séance de psychodrame, je ne me rappelle sincèrement plus avoir noté la supposée problématique cannibalique. Cependant tout me revient très vite lorsque Julie commence à me parler :

-Julie : « J'ai mangé avec mon père hier, on a eu une discussion, sur quand j'étais bébé. Il me disait que j'étais à croquer et qu'avec ma mère, ils n'arrêtaient pas de me manger les pieds ».

-Le psy : « Qu'est-ce que tu as ressenti en entendant cela ? »

-Julie : « Ca m'a fait rire au début. Je crois même que ça m'a fait plaisir ». Je ne réponds pas avant qu'elle reprenne : « Puis il a continué à me raconter, moi petite, pensant bien faire, il m'a dit que j'étais sa p'tite princesse en sucre... Ça m'a dégouté puis, on s'est engueulé, comme d'hab ». Je reste silencieux et après un long silence, elle ajoute : « L'enfoiré, vous savez pas ce qu'il m'a dit ? ».

Julie me raconte que lorsqu'elle était plus jeune, elle adorait comme tous les enfants manger des sucreries. Elle n'était pas en surpoids, ne semble même jamais l'avoir été. Elle était selon ses dires juste très gourmande, rien d'anormal pour une fillette insouciante. Un jour qu'elle mangeait son goûter, des *Chocos Princes*, elle raconte que son père lui aurait dit de ralentir sur les gâteaux, « de se calmer sur les *Princes*... » (propos relatés par Julie), qu'elle allait devenir moche comme sa mère si elle continuait à se goinfrer comme tel. La belle petite princesse de son père pourrait-elle en devenant moins belle que sa mère, devenir un objet qui pourrait échapper au contrôle du père et ainsi, devenir *l'objet du désir* perdu à jamais ? Attirée par des « princes » autre que son père, Julie ne se défilerait-elle pas à la séduction paternelle ?

Julie est une enfant sans « économie narcissique propre »⁸⁰³ qui semble vouée à protéger les femmes et les jeunes filles du système familial de la voracité sexuelle du père, cannibale mélancolique ? En mangeant le bébé dans le rôle du *Néant* et en admettant que ses parents l'aient « bouffé » après avoir parlé, Julie semble nous montrer qu'elle organise sa vie libidinale autour du stade orale cannibalique. L'identification à l'objet incestuel a semble-t-il fait plonger Julie dans une problématique mélancolique. Mais en ayant pu aborder les fantasmes cannibaliques à travers l'espace de groupe en psychodrame et lors des entretiens individuels, Julie à petit à petit pu dépasser ses mouvements mélancoliques. Un travail de liaison a en effet pu s'établir pour ouvrir la voie de la psychosexualité. La violence œdipienne s'était visiblement retournée contre son corps propre, violence où ses attitudes masochistes avaient dérivé vers un automatisme mélancoliforme.

6.1.2 L'envie de guérir l'autre contre la peur de « tomber guéri »

Au regard des éléments cliniques hérités des séances de psychodrame et des entretiens individuels, nous pouvons supposer que Julie s'est heurtée au déséquilibre généré par la séduction violente de l'adulte. En effet, il semble que l'intromission, résultat de la séduction violente, soit venue mettre « à l'intérieur un élément rebelle à toute métabole ». Cette « force intromissive, traumatique »⁸⁰⁴ aurait par conséquent créé une confusion dans les diverses instances psychiques de Julie, confusion que l'on retrouve également dans la dynamique de soin. En effet, la confusion s'observe dans les mouvements transférentiels qui ont émergé dans les relations entre Julie, le médecin, les soignants et moi-même. Les processus psychiques impliqués dans les divers espaces intersubjectifs tels que la projection, l'idéalisation, la répétition, le transfert et le refoulement semblent effectivement avoir massivement agi et contaminé la dynamique de soins du projet thérapeutique de Julie.

Nous pouvons en premier lieu souligner qu'il s'est joué entre Julie et l'équipe de soin une violente confrontation dans laquelle chaque protagoniste s'est retrouvé dans l'incapacité d'écouter le désir et le besoin de l'autre. Il est bien entendu plus que compréhensible qu'une adolescente de 13 ans soit en difficulté pour analyser ses propres processus intrapsychiques qui agissent et émergent dans la rencontre avec soi, les autres et le monde. Ainsi, l'attitude d'opposition et d'agressivité peut en effet se comprendre au vu de l'immaturité psychique et du fonctionnement pathologique qui détermine les rigides mécanismes de défense de Julie. Mais la confrontation suscitée par les soignants semble cependant plus constatable car comme le rappelle C. Combe, une hospitalisation peut produire des effets négatifs sur la patiente surtout si les équipes soignantes ne sont pas « capables de rien faire », d'être capable d'accueillir et de supporter le refus alimentaire plutôt que de tout tenter pour l'éradiquer. Ne rien faire aurait été d'adopter « une posture féminine », c'est-à-dire de ne pas rentrer dans le rapport de force et de s'attacher à construire un lien sincère et chaleureux. Cette attitude paradoxale dans

⁸⁰³ Roussillon, R. (2014). Traumatisme et symbolisation, in *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytique*, sous la dir. de Tovmassian L-T. et Bentada H., col. Explorations psychanalytiques, 2014, p. 155-158.

⁸⁰⁴ Ibid.

laquelle le soignant doit accepter et tolérer sa propre passivité, en souhaitant la guérison mais sans la vouloir, afin que l'entreprise de soin ne devienne déprimante en soi, aurait peut-être permis à Julie d'accepter avec plus de facilité la passivation que suscite la reprise de poids. Le « syndrome St Bernard » avec lequel les soignants ont été aux prises, (c'est-à-dire le désir de guérir son prochain pour payer une dette inconsciente), est venu alimenter le combat féroce entre la résistance de Julie, caractérisée par la « peur de guérir » et l'insistance de l'équipe de soin, caractérisée par la peur de « ne pas la guérir ». Le duo Résistance-Insistance est ainsi venu créer une impasse dans laquelle les processus de soins se sont retrouvés asphyxiés sous le piège du désenchantement d'un modèle thérapeutique construit sur des illusions issues du *principe de principe*. Ce lien de peur, empreint d'angoisse et de mélasse passionnelle, qui a uni Julie et ses thérapeutes n'a fait qu'alimenter les projections de chacun, renforçant par conséquent les tensions internes et externes des uns et des autres. Un désaveu massif, tout aussi soignant que singulier, a visiblement émergé sous l'effet d'un puissant double déni et des différents processus de projection et de rationalisation.

Je note également que toutes les difficultés qui se sont rencontrées dans l'intersubjectivité ont souvent été attribuées à un autre toujours coupable de « ne pas assez bien faire ». Ce phénomène d'accusation « c'est la faute de l'autre » a malheureusement négligé et scotomisé toutes les réalités psychiques internes de chaque protagoniste partiellement refoulées. Julie a ainsi accusé les soignants de ne pas la comprendre (« vous voulez me forcer à avoir un corps que je ne veux pas avoir ». Terrifiée à l'idée d'aller mieux, c'est en effet dans le pire qu'elle s'est sentie exister, protégée de l'ignoble réalité qui ne fait que lui faire ressentir l'effroi marqué au fer rouge au plus profond de son être. Cette certitude du pire que J-B Pontalis caractérise par « la peur de tomber guéri » semble cependant n'avoir besoin que du « respect soignant » pour pouvoir s'apaiser. En effet, le soignant qui n'attend rien de son patient peut venir créer un espace dépourvu d'enjeux et de pressions. Mais pour Julie, les soignants l'ont accusé de ne pas vouloir guérir, d'être une petite manipulatrice qui n'en fait qu'à sa tête (« t'as qu'à manger si tu veux aller en perm »). C'est probablement du fait d'avoir été renvoyés à leur propre impuissance que les soignants se sont retrouvés et rassurés à travers une cohésion de toute puissance face à « l'objet tyrannique » visiblement menaçant pour leurs narcissismes. Cette position froide et rigide a cependant mis en acte l'institutionnalisation du rejet de Julie. En effet, en se positionnant ainsi, ils ont malgré eux fait l'économie de sa subjectivité traumatique et fait rejouer les conflits familiaux au sein même de l'espace thérapeutique. En la contraignant d'aller mieux, en voulant la sauver coûte que coûte, nous avons probablement participé à sa décompensation mélancoliforme.

Plusieurs éléments sont donc venus mettre Julie à mal. Tout d'abord, le contrat de poids a invité Julie à refaire l'expérience de la *passivation* et a réactivé les épines traumatiques issues des accidents de la séduction et des viols psychiques. De plus, en insistant pour la guérir, nous avons probablement répété les mouvements incestueux maternels. En effet, nos différents sentiments d'impuissance et de frustration se sont probablement régulés et apaisés en faisant de Julie notre objet narcissique, objet susceptible de nous déculpabiliser au-delà de nous déresponsabiliser de son état catastrophique. Et je n'ai pas échappé au phénomène iatrogénique, il se peut même que j'y ai fortement participé. En accusant moi aussi l'autre d'être responsable de la descente aux enfers de Julie, j'ai fait du psychiatre le « méchant » de l'histoire sans comprendre que cette attitude ne faisait que rejouer les partitions du conflit parental. En voulant libérer Julie du mauvais objet maltraitant (le psychiatre), j'ai probablement tenu une position toute aussi passionnelle que séductrice. J'ai certes tenter de « la sauver » en voulant

l'extirper des griffes du contrat de poids sans jamais rien en commenter lors de nos séances individuelles, mais j'ai malgré tout pris des positions d'opposition face à ma hiérarchie, vraisemblablement traversé par le sentiment d'injustice que Julie éprouvait. Son emprisonnement, tout aussi psychique que corporel, m'était visiblement insupportable mais mon engagement de thérapeute s'est probablement laissé aller à ce qu'on pourrait appeler une *névrose de contre transfert*. J'ai en effet réagi par des actes aux sollicitations agies de Julie. Je note cependant que « l'échange agi » semble avoir mobilisé chez Julie et moi des investissements spécifiques sous la forme d'une « sollicitude élaborative »⁸⁰⁵ qui nous a conduit après coup à l'indispensable travail de symbolisation. Autrement dit, nous avons ensemble pu accéder aux désordres qui nous limitaient dans nos processus de création respectifs. C'est donc à travers un long suivi individuel de 4 ans post hospitalisation que Julie a tenté, petit à petit, de supporter les méandres des chamboulements libidinaux que l'ordre érotique lui imposait. Julie a pu élaborer tout au long de sa thérapie sur ses impulsions inconscientes en délaissant à mesure du temps la mise en acte de ses souffrances, sur son corps et dans ses conduites.

Julie a souffert de la iatrogénie hospitalière, incontestablement. Elle doit probablement faire partie de ces jeunes femmes qui, après avoir vécu le cauchemar des contrats, fustige sans sommation la pédopsychiatrie et ses complices. Je sais cependant par le psychiatre qui l'accompagne dans sa vie de jeune femme qu'elle a gardé un bon souvenir de son suivi en ambulatoire avec le Dr F. et moi-même. Le travail effectué lui a permis de symboliser ses conflits intrapsychiques indispensables pour se comprendre et s'éveiller vers des réflexions qui lui semblaient étrangères et inaccessibles. Le couple parental symbolique entre le psychologue (homme) et la pédopsychiatre (femme) a formé un duo contenant dans lequel Julie s'est confrontée à la limite d'un cadre la protégeant de l'effraction pulsionnelle. Ce duo a semble-t-il constitué un étayage lui permettant de réaliser un travail de subjectivation lui donnant matière à se dégager de la solution anorexique. Tout son travail psychothérapeutique semble surtout lui avoir permis de dérouler son développement adolescent nécessaire à l'inévitable devenir femme ô combien difficile pour une jeune fille terriblement blessée dans son féminin.

⁸⁰⁵ Godfrind-Haber, J. & Haber, M. (2005). L'amour de contre-transfert. *Topique*, no<(sup> 90), 43-56.

7.1 Laure

J'ai choisi le pseudonyme de Laure en raison de son étymologie latine *laurus*, qui signifie « laurier, couronne de laurier, le triomphe ». Laure est une adolescente dont la fierté ne manque pas, mais triomphera par-delà le bien et le mal.

7.1.1 Histoire de Laure

Laure a 13 ans. C'est une jeune collégienne au seuil de l'adolescence, souriante et dynamique, passionnée de sport, entourée d'amies. Elle s'accommode et s'adapte depuis petite à la cadence de l'alternance que la séparation de ses parents lui dicte. Mature pour son âge, Laure s'ajuste malgré tout difficilement à notre monde qu'elle dit détester. Très critique à l'égard du genre humain, elle ne supporte pas la démagogie et l'hypocrisie qu'elle découvre à mesure qu'elle grandit et dresse un constat très hobbesien : « l'être humain est mauvais ». Laure prend en effet conscience que la compétition, si moteur dans notre société, n'encourage pas l'enfant à donner le meilleur de lui-même mais sépare, déchire et exclut tous ceux qui souhaiteront contourner les normes et les codes. Du haut de ses 13 ans, focalisée dans une « certitude du pire », elle se dit bien dans sa maladie, et semble préférer souffrir que de « tomber guérie »⁸⁰⁶.

Laure débute son adolescence en léger surpoids. Jolie jeune fille, elle se déteste pour autant mais s'accroche aux valeurs éthiques de la vie, qui l'attirent et l'intriguent. Pourtant, une remarque « anodine » de son cousin à propos de son « excédent » de poids raisonnera comme un écho terriblement percussif. Toutes les résistances mises en place pour se protéger de l'effraction libidinale s'écroulent. Le commentaire maladroit provoque un état de détresse qui semble découler d'une accumulation tensionnelle, tel un « *traumatisme cumulatif* »⁸⁰⁷ provoquant une blessure narcissique profonde. Les choses s'emballent vite. En deux mois, Laure perd un peu plus de quinze kilos. Cette importante perte de poids fait apparaître des symptômes somatiques et psychiques importants. Aménorrhée, céphalées frontales quotidiennes, malaise lipothymique, fléchissement thymique. Laure sombre petit à petit dans l'anorexie mentale... Au clair avec ce qui se joue, ses parents la conduisent contre sa volonté à consulter un pédiatre. Au moment de la première consultation, Laure s'alimente encore mais de façon insuffisante et totalement désorganisée. Elle ne fait qu'un « repas » par jour ou ne mange qu'un jour sur deux. Elle résiste contre la faim qui la tiraille et s'inflige des séances de sports insoutenables pour dépenser l'excès de calories imprévues au régime qu'elle s'est contrainte de suivre. En quête de « plaisir du déplaisir » et prisonnière d'un fonctionnement masochiste, Laure semble se réfugier dans des conduites auto-punitives et se satisfait, moralement, de ses auto-accusations. Ainsi, elle peut faire quotidiennement jusqu'à 150 pompes, squats et abdominaux matin, midi et soir pour dit-elle « muscler le gras » et « rendre son corps dur ». Dans un véritable état d'ivresse causé par l'épuisement, elle tente d'atteindre les limites de son corps affaibli. Nous constatons ici que les défenses mises en place contre

⁸⁰⁶ Pontalis, J.B. (1988). Se trouver ou se perdre dans le négatif. In *Perdre de vue*. Paris : Gallimard p.93

⁸⁰⁷ Coen, A. (2003). Le traumatisme cumulatif. *Figures de la psychanalyse*, n^o<(sup>8), 73-81.

l'intrusion de l'objet, restriction et hyperactivité, témoignent de sa lutte acharnée pour se protéger de la redoutable passivité que convoque le féminin à l'adolescence.

Après cinq jours d'observation en pédiatrie au cours desquels Laure s'est « convenablement » alimentée, un transfert en pédopsychiatrie est décidé. Mais Laure refuse catégoriquement cette nouvelle hospitalisation. Elle répétera sans cesse : « je n'ai rien à faire là, je ne suis pas malade !!! ».

En collaboration avec l'équipe médicale, il est alors décidé de l'intégrer au groupe du psychodrame de l'unité d'hospitalisation. Groupe spécifiquement ouvert aux adolescentes aux prises avec l'AM, nous pensons qu'un tel dispositif lui permettra de symboliser les conflits qui l'animent afin d'approcher un début d'intériorisation et de subjectivisation. En effet, l'indication du psychodrame est soutenue par l'idée qu'au contact des transferts latéraux initiés par « l'appareil psychique groupal »⁸⁰⁸, Laure pourra trouver un étayage identificatoire inhérent aux réorganisations structurales qu'impose le mouvement adolescent.

7.1.2 La sociométrie, ou la mise en lumière des relations intersubjectives

Afin que les cinq membres du groupe se rencontrent, nous débutons la première séance avec un échauffement « facile » dans lequel l'ensemble des participantes se lève pour marcher. On se croise, on se regarde, on accélère ou ralentit au rythme de la voix du psychodramatiste. On s'échauffe... L'objectif est de construire une « atmosphère affective »⁸⁰⁹, nécessaire pour border et contenir les rapports aux liens difficiles propres aux fonctionnements limites. Comme les adolescentes ne se connaissent pas encore très bien, les présentations se font sous la forme d'un jeu de sociométrie : la sociométrie du continuum. En point de repère, une ligne diagonale marquée par deux extrémités représentant un pôle (+) et un pôle (-). Je propose aux participantes de se positionner sur l'axe de cette diagonale selon un degré d'intensité pour « montrer » un état, une émotion, une sensation... Les adolescentes s'alignent sur l'échelle de valeurs improvisée au sol en fonction de ce qui résonne pour elles. Comme toujours, on commence avec des propositions faciles : « placez-vous en fonction de la couleur de vos chaussures : les plus foncées là-bas, les moins foncées ici... ». Puis on poursuit avec des thèmes simples : la couleur du pantalon, l'âge, la taille, le prénom (où les pôles + et - deviennent A et Z) avant de terminer par des choses plus engageantes, autour d'un panel d'émotions (« Je me sens heureuse là-bas, je me sens pas du tout heureuse ici »). Toutes plus ou moins timides au départ, Laure se montre particulièrement enthousiaste. Elle apporte une bonne énergie au groupe et encourage les autres plus

⁸⁰⁸ Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34, 13-40.

⁸⁰⁹ Estellon, V. (2022). La pratique clinique auprès des patients « état limite » : la construction d'une atmosphère affective dans la clinique du lien. Dans : Florent Poupart éd., *Le cadre clinique et institutionnel du psychologue: Boussole éthique, outil diagnostique, levier thérapeutique* (pp. 149-165). Toulouse: Érès.

hésitantes, voire résistantes. La mise en train fonctionne bien et les jeunes filles s'autorisent à ironiser, à rire, à se « lâcher » ... Mais à la proposition « je me sens heureuse ici, je ne me sens pas heureuse là-bas », tout le groupe se plaça du côté négatif. Lors des échos, les adolescentes ont donné des raisons très personnelles, comme le mal-être adolescent ou l'anorexie... Seule Laure justifia sa tristesse au fait d'être enfermée dans cette « prison pour fous ».

On décide de terminer ce premier groupe par un « Qui comme moi ». C'est un Jeu de sociométrie qui requiert que le groupe forme un cercle dans lequel il est possible de venir dire quelque chose de soi (ou des autres...). La consigne est simple. Chaque membre du groupe fait un pas au centre et dit : « qui comme moi... » et poursuit sa phrase en fonction de ce qu'il veut donner de lui. Par exemple, « qui comme moi aime la musique ». Si les membres du groupe partagent ce qui vient d'être dit, on s'avance, sinon on reste sur place. On leur propose à contrario de reculer si le ressenti ne fait pas du tout écho ou provoque une résonance opposée à celle du protagoniste. On invite le groupe à commencer doucement en proposant des thèmes « faciles⁸¹⁰ » comme les hobbies. Laure commence et fait un pas : « qui comme moi aime le sport ? » Tout le monde s'avance d'un pas assumé au centre du cercle. Laure constate avec fierté qu'elle vient de fédérer le groupe autour d'elle, puis se remet à sa place, souriante. A mesure que les tours s'enchaînent, nous proposons de nouveaux thèmes comme l'adolescence, l'école, la famille. C'est à ce moment que Laure commence à se refermer, notamment lorsque les autres membres du groupe se mirent à proposer des choses plus intimes, qui touchent aux souffrances et aux difficultés d'exister. Laure se recule en effet d'un pas décidé lorsque Jade, une patiente du même âge, demande « qui comme moi se déteste ? ». Jade, visiblement décidée à parler de tout sans tabou, poursuit spontanément avec « qui comme moi se voit énorme mais sait qu'elle ne l'est pas ? ». Une hésitation commune s'installe, un peu de nervosité avec. Puis après un petit silence angoissant, Jade constate qu'elle est bien la seule au centre du cercle. Personne ne s'est avancé. Elle se recula avec un petit haussement d'épaule en marmonnant : « ça m'étonnerait que je sois la seule ». Il nous semble en effet que les cinq adolescentes auraient pu s'avancer. Mais auraient-elles vraiment pu ?

Nos projections sont si souvent en décalage avec le ressenti de nos patients qu'elles demandent inévitablement à être analysées. L'espace thérapeutique n'est pas un lieu dans lequel les objets de la réalité doivent obligatoirement émerger. Chaque individu ressent les choses au moment où il en est capable. Les prises de conscience n'appartiennent pas aux thérapeutes. Elles sont personnelles et ne peuvent répondre aux identifications projectives du soignant (à différencier des « identifications introjectives » nécessaires pour analyser les fantasmes inconscients du patient). Ce n'est en tout cas pas à nous thérapeutes de penser ou de décider ce qui est bon ou non pour les sujets que nous accompagnons en thérapie. Il est de ce fait indispensable de reconnaître et d'identifier les projections qui alimentent les contre-transferts. Le contraire fragiliserait la contenance du groupe déjà sous la pression des différentes dynamiques psychiques des membres qui le composent. Le groupe est avant tout et surtout un espace de transfert, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Ainsi, à l'image d'une peau psychique qui doit contenir

⁸¹⁰ A noter que rien n'est anodin

l'ensemble de ses impulsions sans se déchirer, le cadre du groupe doit obligatoirement être « soigné » en analysant les mouvements qui se déploient en son sein.

Afin d'amorcer la fermeture du « qui comme moi », nous invitons les adolescentes à explorer le thème de l'hôpital. Les jeunes filles sont demandeuses pour aborder le sujet. Mais Laure semble frileuse à l'annonce du thème et nous montre son désaccord. Furieuse, visiblement vexée par la remarque de Jade, nous avons un instant pensé qu'elle allait quitter le cercle, mais au contraire. Elle s'avance d'un pas autoritaire et annonce : « qui comme moi pense qu'ici c'est la prison ? ». Mais personne ne s'avança... Jade, manifestement prise dans un jeu de rivalité lui répond par : « mais qui comme moi en a marre d'être anorexique ? ». Toutes avancent au centre du cercle, toutes sauf Laure, qui reste sur place, impassible, de plus en plus fermée. « Qui comme moi n'aime pas l'hôpital mais en a besoin » poursuit Jade, visiblement déterminée à ne pas lâcher Laure. Toutes avancent, toutes, sauf Laure qui cette fois recula. « Mais je ne suis pas malade, je ne vais pas non plus m'avancer pour vous faire plaisir... ». Les filles du groupe se regardent, visiblement interloquées, comme si elles attendaient l'intervention des garants du cadre. Laissant les transferts agir dans la contenance groupale, Jade s'adresse à Laure et lui rappelle (à juste titre) que les adolescentes qui vont bien ne s'amusent pas un mardi après-midi à faire un « qui comme moi » à l'hôpital. Jade a probablement raison et ses propos ont vraisemblablement affecté Laure qui reviendra s'asseoir l'air vexé pour le dernier temps du groupe, « le temps des échos ». Le temps des échos est un instant indispensable au psychodrame. Il permet à chaque membre du groupe de commenter, raconter et explorer ce qui a corporellement raisonné. Laure, pourtant meneuse et en joie une grande partie de la séance, nous dit ne pas avoir particulièrement apprécié ce moment : « j'ai l'impression qu'on m'a forcé... ». Alors que les autres sont enthousiastes à l'idée de revenir le mardi suivant, Laure nous laisse entendre qu'elle ne sera peut-être pas à la prochaine séance. Elle argumente son propos en nous rappelant qu'elle risquait à tout moment de sortir de l'hôpital. Le lendemain, en entretien individuel, son discours a malgré tout légèrement changé. Elle pose des questions sur l'AM et sur la dysmorphophobie, puis s'effondre en larmes : « c'est trop dur je n'y arriverai jamais ». Laure, d'habitude si fermée, un peu hautaine par moment malgré sa profonde gentillesse, s'écroule tout d'un coup comme une petite fille triste, laissant apparaître toute sa vulnérabilité. Elle sèche ses larmes en disant « je vais devenir folle ».

7.1.3 De l'assouplissement des résistances au retour de la réalité

L'attitude de Laure au sein du service a doucement changé. Elle s'ouvre très légèrement à l'adulte et ne tient plus son discours « antipsychiatrie ». Elle semble même vivre des moments agréables en ateliers thérapeutiques.

Lors de la deuxième séance, le groupe accueille une nouvelle participante, Sophie, jeune collégienne très timide de 11 ans, en restriction alimentaire depuis quelques semaines. Après le temps de restitution de la dernière séance, et une mise en train de présentation pour accueillir Sophie, Jade nous demande de jouer un jeu autour d'un repas. Désireuse d'incarner un rôle différent du sien (ce qui est

fréquent en début de session, le groupe ne se connaît pas encore suffisamment pour se laisser aller à des jeux plus intimistes), elle nous demande de jouer le rôle d'un père en colère face à son enfant anorexique en totale restriction alimentaire. Jade avait parlé lors du temps de restitution son désir de pouvoir dire à son papa qu'il lui était trop compliqué de « manger », encore plus quand il lui rabâchait « quand on veut, on peut ! ». Jade choisit Sophie pour jouer une maman silencieuse, Léa pour jouer l'adolescente en restriction et Laure une grand-mère gentille et compréhensive qui défend sa petite fille. Lorsqu'on connaît Jade, on comprend très vite que la mise en scène qu'elle installe n'est que la représentation de son vécu personnel. C'est la liberté du psychodrame. Jouer sa vie et parler de soi en projetant ses conflits intrapsychiques sur des objets extérieurs à soi.

Une fois la scène installée autour d'une table accueillant un copieux repas, le jeu démarra. Jade, dans le rôle du papa, se donne à cœur joie pour faire valoir toute son autorité, quitte à faire vivre à « l'adolescente » toute l'humiliation nécessaire pour montrer qui commande. Léa, dans le rôle de « l'adolescente », joue dans une active opposition le refus décrit par la protagoniste. Sophie, dans le rôle de la maman, reste passive et silencieuse alors que Laure, dans le rôle de la grand-mère, défend avec énergie l'adolescente face au père de la scène qu'elle attaque à plusieurs reprises en lui reprochant son comportement immature et intrusif. Après quelques changements de rôles, un ou deux apartés et de fabuleuses improvisations pleines de spontanéité, nous demandons aux acteurs de clôturer le jeu. De là, une voix commune émergea du groupe : « c'est drôle, c'est tout à fait comme ça que ça se passe chez moi ».

Intéressons-nous aux échos dans « le rôle » et « personnel » de Laure et de ce qui s'est déroulé pour elle par la suite. Tout d'abord, dans le rôle de la grand-mère bienveillante, Laure a tenu son rôle à la perfection et a fait preuve d'une créativité que personne ne lui soupçonnait. Défendant « l'adolescente » à bras le corps, bousculant intelligemment la mère et tenant efficacement tête au père, elle donne au jeu une impulsion sans laquelle la dynamique n'aurait pas été aussi vivante et réaliste. Dans son écho dans le rôle, elle nous dira qu'elle était en colère de voir une enfant aussi peu considérée et écoutée alors que la solution était là, « la mère doit intervenir, le père est horrible ». Dans son écho personnel, elle nous confie que « l'adolescente » du jeu lui ressemblait beaucoup. Cette scène, Laure l'avait visiblement réellement vécue, certainement différente dans le contenu des propos mais ce conflit et cette sensation d'être incomprise, acculée sous l'autorité paternelle, elle ne connaissait que trop bien. Ce jeu a fait émerger un écho commun et un climat d'infatuation, un écho si fort que la discussion s'emballa très vite au rythme d'une écholalie dans laquelle résonnaient des « moi aussi ça m'arrive tout le temps », « moi aussi ça m'énerve trop », « moi aussi ils ne comprennent rien ». Le temps d'un instant, le groupe n'avait fait qu'un, constatant que quelque chose de chez l'autre pouvait finalement faire partie de soi, et que cette chose de soi pouvait également faire partie de l'autre. Il nous semble que *l'illusion groupale*⁸¹¹ observée est venue à ce moment délivrer le groupe d'une angoisse commune. En effet, l'euphorie collective semble avoir offert aux adolescentes la possibilité d'investir le groupe comme un objet libidinal et de retourner en activité la passivité éprouvée face au

⁸¹¹ Anzieu, D. (1975). Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal. (1991 éd.). Paris : Dunod.

père pendant la scène psychodramatique. C'est la force du groupe, il propose un espace dans lequel la subjectivité peut se présenter au monde sous l'impulsion de l'intersubjectivité, véritable fondement de notre personnalité. Que serions-nous sans l'autre, l'autre qui en effet, nous constitue en permanence. Là est la vertu créatrice de l'intersubjectivité. Elle nous construit, nous réveille et nous élève.

7.1.4 Pour une réorganisation des investissements objectaux

Dix minutes avant de clôturer le deuxième groupe, Laure demande spontanément : « vous aussi vous avez comme une petite voix dans la tête qui vous dit que vous êtes nulle, grosse et moche et une autre qui vous dit de ne pas l'écouter ? ». Toutes confirment et Laure ajoute : « moi c'est vraiment ça qui m'embrouille, je ne sais plus qui écouter ». On lui propose alors en guise de clôture de séance un petit exercice de mise en tableau qui permet de montrer ce qui « l'embrouille ». Elle accepte. On lui demande de prendre deux chaises. L'une qui pourrait représenter la voix qui dicte les choses négatives et une autre, qui représenterait celle qui l'encourage à ne pas répondre aux injonctions. Laure positionne les deux chaises éloignées l'une de l'autre. On lui demande de les observer et de les nommer. « Elle c'est la voix méchante, la maladie quoi. Et l'autre là-bas, ben, c'est juste moi... Mais là aussi c'est moi. C'est compliqué. Mais je vais dire le moi-malade ici et le moi-normal là-bas ». (A cette appellation, on peut constater que la « petite voix » initiale ne semble pas du tout agir sous l'effet d'un délire mais plutôt à la façon d'un autre-moi, tel un faux self, une identité d'emprunt). On propose à Laure de s'asseoir sur l'une des chaises, de l'incarner comme un rôle et de se présenter au groupe. Voici son récit transcrit (sans faire apparaître les questions qui lui sont posées pendant l'exercice) :

-Laure malade : « Bonjour, je suis la Laure malade. Je ne veux pas manger, pas grossir, pas guérir et surtout pas grandir. J'ai peur de la nourriture et je déteste qu'on me dise ce que je dois faire ». (?) « Le problème c'est l'hôpital. Ici tout le monde veut me faire grossir alors que je suis déjà énorme. Pourquoi me forcer à être une autre que moi ? Malgré tout, on s'inquiète pour moi ». (?) « Non, il n'y a rien de dangereux, enfin, ça c'est vous qui le dites. Moi je me sens bien comme ça ». (?) « J'existe ainsi depuis plusieurs mois, avant j'étais trop naïve et surtout trop grosse ». (?) « Maintenant, mon seul objectif, c'est d'être parfaite pour contrôler et ne surtout pas me laisser aller ... ».

Je demande à Laure de se relever et de dire quelque chose à la « Laure malade » : « lâche moi, pars loin, tu me pourris la vie... ». Laure pousse légèrement la chaise au fond de la pièce avec son pied, puis elle s'installe d'un pas décidé sur l'autre chaise.

-Laure pas malade : « Bonjour, je suis Laure, pas malade mais, triste et apeurée à l'idée de rester coincée dans ce cauchemar. J'existe toujours même si on ne me voit plus beaucoup. L'autre derrière moi prend toute la place en ce moment (Laure pointe du doigt Laure-malade). Sinon j'aime le sport et mes amies. J'ai trop envie de les retrouver mais y'a l'autre là-bas qui m'en empêche ». (?) Moi je veux aller à l'école, avoir un copain, je ne veux pas passer ma vie à l'hôpital. J'ai besoin qu'on m'aide à me débarrasser d'elle sinon ma vie est foutue ».

Je lui propose de se lever et de dire quelque chose à la « Laure pas malade » : « courage, on va y arriver ». Je lui demande de se reculer et d'observer la position des chaises et de commenter ce qu'elle observe. « La chaise du fond (Laure-malade) est trop loin de celle-là. En vrai elle est beaucoup plus rapprochée, elle est même

devant elle, ou peut-être même, sur elle car elle l'écrase. » Je lui demande de faire ce dont elle a besoin, de rapprocher les chaises ou de faire appel à une ressource... Mais elle ne touche à rien et termine sa mise en tableau en nous disant : « j'ai besoin qu'elle disparaisse, Laure-malade, ce n'est pas moi. »

Quand Laure revient s'asseoir, les filles du groupe demandent d'expérimenter l'exercice. Mais le temps nous manque. On invite malgré tout Laure à nous dire un mot sur ce qu'elle vient d'éprouver. Elle nous répond simplement : « avec le jeu qu'on vient de faire, je peux maintenant y voir plus clair. »

Laure peut désormais regarder de loin le conflit intrapsychique qui la met sous tension depuis des mois. Les soignants, les parents et les médecins sont à présent là pour l'aider et l'accompagner à se débarrasser de ses angoisses terrifiantes qui l'empêchent d'accueillir les mouvements de l'ordre des choses. Tout est très loin d'être réglé, mais le travail psychothérapeutique s'est enclenché sur quelque chose de nouveau. Les défenses associées à son fonctionnement semblent s'être apaisées. Et malgré l'effondrement thymique qui menace toujours (le déni possède malgré tout la vertu d'éviter que tout s'écroule), Laure semble avoir retrouvé un brin d'élan vital. Consciente du périlleux et long chemin qui lui reste à parcourir, elle tente d'affronter ses impossibilités. Laure s'est un brin libérée de son carcan de certitudes et accueille désormais l'attention qu'on lui porte. L'unité de soin, ses parents et les autres deviennent ainsi un soutien et un contenant dans lequel elle peut se laisser aller pour exister malgré son impression de ne plus trop savoir qui elle est. Cette nouvelle prise de conscience lui permet en tout cas de donner un peu de sens à son hospitalisation.

7.1.5 Le transfert : un puissant levier dramatique

Les premières séances de psychodrame permettent au groupe de s'acclimater, de trouver sa dynamique, sa vitesse de croisière. Les membres qui le constituent se rencontrent, s'observent, se jaugent. Les scènes de psychodrames jouées en début de session sont de ce fait moins « intimes » et « engageantes ». Et nous l'avons vu, lors des premières séances, les protagonistes demandent en général de ne pas jouer leur propre rôle. Mais jouer un psychodrame dans lequel le protagoniste joue son propre rôle n'est pas forcément nécessaire pour faire émerger des éléments dits « intimes ». Nous avons pu l'observer lors du premier groupe de Laure. Le « qui comme moi » a suffi à faire émerger des éléments de réalité et des conflits internes très profonds. En effet, cette mise en route l'a bousculée et l'a conduite à revoir sa position face à l'hospitalisation et bien plus encore... Nous n'avons à ce jour encore jamais parlé en ce qui la concerne d'« anorexie mentale ». C'est Jade qui a prononcé le terme. Probablement excédée par le déni de Laure qui venait la percuter en miroir, Jade a sans le savoir fait office de cothérapeute en exprimant son agacement contre-transférentiel à l'ensemble du groupe. Lors de cette temporalité groupale, c'est Jade qui a permis à Laure de comprendre ce que ce « mot » (avec tout ce qu'il implique) signifiait. Laure était effectivement « anorexique », mais c'est Jade qui lui a fait entendre. Par conséquent, c'est bien le groupe en lui-même (avec ceux qui le composent) qui devient le « thérapeute ». Au regard des égo-auxiliaires (qu'on pourrait pour le coup appeler les mois-auxiliaires ou les « autres-mois »), nous notons que Laure a pu prendre conscience de ce qui lui échappait. Le psychodrame lui a en effet permis de connecter avec la réalité des autres, réalité qui s'est transformée en réalité propre (ancrage et repère nécessaires pour avancer). L'autre est devenu le support sur lequel le

processus identificatoire a pu agir. C'est donc de l'autre que le secours est venu. Et c'est donc de l'autre, dans un prolongement de soi-même lié aux transferts, que les réponses sont arrivées. Finalement, il n'existe peut-être aucune subjectivité sans intersubjectivité, véritable lieu d'expérimentations des mouvements de la vie.

Laure n'aura jamais été protagoniste à proprement parler, mais elle aura toujours joué. Il est important de le souligner car nous l'avons vu : pas besoin d'être le héros du jeu en psychodrame pour « travailler » sur soi. Les transferts latéraux qui émergent au fil des jeux et les projections massives qui tourbillonnent au sein du groupe suffisent pour embarquer l'ensemble des membres du groupe dans un bain de thérapie commune. Être-là, présent en conscience, permet en effet qu'une ébauche de travail thérapeutique s'enclenche. En d'autres termes, celui qui ne « joue pas » est malgré tout invité à se penser. Il n'est effectivement pas toujours nécessaire de « faire un jeu pour soi-même » pour explorer une problématique qui nous concerne, surtout lorsque le groupe est homogène. Les membres de ce « type » de groupe ne peuvent en effet échapper aux identifications et aux projections que convoque le transfert. Il est vrai : il y a peut-être du transfert dans toutes les relations, l'autre est toujours le support de nos projections, l'intersubjectivité fait toujours émerger des échos personnels et des déplacements d'affects. Ce constat mérite d'être noté car le déroulement d'une séance de psychodrame, toute aussi anodine qu'elle soit, provoque des choses qui échappent à l'attention du psychodramatiste. En ce sens, animer un psychodrame demande une vigilance inhérente au bon fonctionnement du groupe. La place de l'observateur ou du cothérapeute est donc essentielle. Son regard contribue en effet à l'analyse des mouvements transférentiels qui émergent au fil des séances. Les transferts latéraux du groupe dans lequel Laure participe ont visiblement principalement agi sur Jade et sur l'observateur. L'observateur, tel un spectateur ou un témoin, est celui qui voit mais qui ne dit rien. Il joue pourtant une partition importante dans le déroulement de la séance. Reprenons en exemple le jeu de Jade. Le repas à table avec ce père qui s'agace et cette mère silencieuse. Nous pouvons voir ici un mouvement transférentiel dans lequel l'observateur a semble-t-il été investi comme l'objet de transfert sur lequel les désirs inconscients de Jade se seraient actualisés. Lors de cette séance, l'observateur, resté silencieux toute la séance, n'était ni plus ni moins que la pédopsychiatre de l'unité d'hospitalisation dans laquelle Jade et Laure sont hospitalisées, archétype même de *l'imgo maternel*. C'était en effet peut-être aussi à elle, selon les désirs de Jade, d'intervenir et de parler au père...

7.1.6 Au-delà des forteresses : les alternatives

Le déni est une forteresse qui protège des réalités douloureuses. Il reste cependant « un temps nécessaire pour surseoir à l'évidence et amadouer la douleur, domestiquer l'angoisse et apprivoiser l'idée de la mort »⁸¹². Mais le déni qui circule autour de la jeune fille souffrant d'anorexie mentale est dangereux. En effet, il dissimule avec lui toute la complexité d'une symptomatologie qui ronge le corps jusqu'à son dernier souffle. Nous savons cependant qu'il est l'action défensive qui permet de nier le constat d'une réalité perçue comme dangereuse et intolérable. Il est l'un des moyens de défense opérant qui protège en effet des réalités insupportables, probablement traumatiques. Comparable au

⁸¹² Ruzniewski, M. (1995). Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris : Dunod

refoulement, le déni s'en diffère cependant par sa capacité à cliver les représentations du monde. Sa présence fait également apparaître une nouvelle instance qui se juxtapose au moi d'origine. Le moi et son double pourraient ainsi illustrer la clinique du clivage dans laquelle un *autre-moi* viendrait modifier la représentation de soi et/ou de l'objet au-delà de faire émerger des réalités contradictoires, sans s'influencer pour autant. Malheureusement, cette cohabitation laisse place à un paradoxe qui réorganise le fonctionnement de l'appareil psychique et affaiblit la dynamique existentielle. Les jeunes filles souffrant d'AM perdent de ce fait contact avec la vie et se retrouvent prisonnières d'illusions et de croyances aux conséquences dévastatrices.

Si le déni est une défense qui coupe de la réalité, nous conviendrons qu'il protège malgré tout et qu'il « constitue une réelle capacité de vie »⁸¹³. L'attaquer de front, c'est risquer de faire que tout s'effondre. Nous pensons qu'il est important de garder à l'esprit que ces adolescentes aux prises avec le déni se protègent de quelque chose d'insupportable. Tenter de faire accepter une réalité qui n'appartient qu'au monde des représentations n'est qu'une mise en acte inadaptée d'un contre-transfert soignant *mal inspiré* (en faisant référence ici à la théorie de l'inspiration de Nietzsche⁸¹⁴). S'adapter au rythme de ce que le patient ressent comme possible permet en effet de ne pas alimenter l'équilibre déjà fragile entre le normal et le pathologique. Pas à pas, petit à petit. Forcer n'arrange pas beaucoup les choses, au contraire. « Je ne mange pas parce que je souffre »⁸¹⁵ nous rappelle Lasègue. Décider pour l'autre est bien entendu nécessaire, urgent et surtout inévitable dans les situations les plus aigües. Mais dans la majorité des cas, imposer à l'autre ce qui nous semble évident, ne fait que renforcer les confusions et le déni d'une subjectivité qui ne demande qu'à être respectée et réanimée.

Au regard de l'exemple de Laure, nous soutenons l'idée que le psychodrame triadique permet de mettre en scène le clivage responsable de la cohabitation paradoxale entre deux mois. La mise en scène, par l'action et le jeu théâtralisé, permet en effet de faire resurgir ce qui se cache, pour s'en saisir et s'en défaire. La spontanéité qui surgit le temps du jeu permet aux protagonistes et aux ego-auxiliaires de se dérober des angoisses d'un moi débordé. Ainsi, nous pouvons avancer que la méthode du psychodrame triadique permet, le temps d'un instant, de vivre suspendu au-dessus du temps, au-dessus de la souffrance et de ce qui fait défaut. Elle permet surtout au moi propre de s'exprimer à travers l'intersubjectivité. Nous sommes cependant bien conscients que le dispositif psychodramatique n'éradique pas les angoisses monstrueuses que ressentent Laure et les adolescentes anorexiques. Nous avançons humblement qu'il ouvre néanmoins de précieuses portes derrière lesquelles des alternatives ontologiques semblent réellement pouvoir exister et qu'il peut amener un patient à désadiser la relation d'emprise qu'il entretient avec l'objet.

⁸¹³ Rosselet, F. *Ibid*

⁸¹⁴ Nietzsche, F. (1886). Par delà le bien et le mal (1987 éd). Paris : Gallimard

⁸¹⁵ Lasègue, C-E. (1884). De l'anorexie hystérique. Extrait des « Archives générales de médecine », (Paris), VIe série, tome 21, volume 1, 1873, pp. 386-403. Repris dans les « Etudes médicales », (Paris), tome I, 1884, pp. 546-566.

8.1 Alana

J'ai choisi le pseudonyme d'Alana en raison de son origine gaélique qui signifie « harmonie » et « justice ». Alana est une adolescente très sensible qui ne supporte pas les inégalités, aussi bien sociales que morales. Elle se décrit elle-même comme une « chercheuse de vérité ».

8.1.1 Histoire d'Alana

Alana est une adolescente de 16 ans passionnée par l'histoire de l'art et la littérature. Elle cultive une allure studieuse, adore intellectualiser ses propos et donner son avis sur le désordre du monde. Un brin militante, elle est passionnée d'écologie et se dit « outrée » et « démunie » face à la « bêtise humaine ». Alana se plaint régulièrement d'être en décalage avec les autres jeunes de son âge mais cette « différence » semble lui plaire. Elle est en effet très mature, apprécie les rencontres et les discussions avec les adultes. Elle peut de ce fait mépriser les plus jeunes et leur souligner sans ménagement leur naïveté infantile. Malgré sa frêle silhouette et sa petite taille, Alana fait physiquement plus vieille que son âge. Elle porte de volumineuses lunettes rondes qui semblent terriblement grandes par rapport à son petit visage espiègle creusé par la maigreur. Menton relevé et cheveux tirés en arrière coiffés en chignon, elle est surnommée la bibliothécaire dans le service par certains soignants. Ceci dit, elle ne se sépare jamais de ses livres qu'elle tient constamment serrés contre sa poitrine.

Alana est la dernière d'une fratrie de cinq enfants. Ses frères et sœurs sont tous beaucoup plus âgés qu'elle, sont déjà mariés et quasiment tous parents de plusieurs enfants. Ses parents ont une grande différence d'âge. Sa mère, dentiste, travaille toujours mais son père est à la retraite depuis longtemps (c'est un ancien militaire Haut gradé de l'armée de terre). Alana se plaint d'ailleurs du fait qu'ils fassent « vieux ». « On dirait mes grands-parents » nous dit-elle régulièrement dans le service.

Alana a été hospitalisée en pédiatrie générale suite à une perte de poids importante lors de son année de 1^{er}. Nous l'avons accueillie dans un premier temps en hôpital de jour avant de la recevoir à temps complet en pédopsychiatrie. Au regard de son déni très puissant face à son très mauvais état de santé, nous l'avons rapidement introduite dans le groupe de psychodrame de l'unité (groupe 1), afin qu'elle puisse expérimenter dans le transfert des réalités différentes de son discours malheureusement calibré pour se défendre des alternatives existentielles qui lui sont proposées.

8.1.2 La première rencontre : entre déni et démenti

Lors de notre premier rendez-vous, Alana me prévient tout de suite qu'elle n'a pas besoin de psychologue et que sa présence n'est que liée au fait qu'on l'a « obligée » à venir me voir. Je lui explique cependant que ce n'est qu'une « rencontre » et que nous allons simplement nous présenter l'un et à l'autre, au cas où... Rapidement, elle me raconte sa passion pour les livres. Elle me décrit son amour pour Harry Potter et la joie qu'elle a

éprouvée lorsque que le *Test de Potter More* l'a envoyé à Gryffondor. Etant moi-même amateur de l'univers fantastique de J.K Rowling, et plutôt connaisseur du sujet, je pris avec plaisir cette conversation. Les choses se passent comme je le souhaite : on parle d'abord de ce qu'elle aime, de ce qui l'anime. A cet instant précoce de la thérapie, mon seul objectif est de créer du lien et de la rencontrer. A la fin de la séance, je demande à Alana de me dire comment elle se sent en cette fin d'entretien, de ce qu'elle a ressenti dans cet espace intersubjectif. C'est à ce moment que la dénégation, ou le démenti, a jailli sans sommation : « Je me sens mal à l'hôpital de jour, les autres jeunes ont des problèmes psychologiques mais pas moi. Tout le monde pense que je suis anorexique ici, mais ce n'est pas vrai, je ne suis pas anorexique, moi j'ai un problème somatique ».

Je parle ici de démenti car comme toutes mes premières rencontres, je laisse le pathologique tranquille si je ressens que l'adolescent met à distance ces questions-là. Ma priorité est la rencontre et le lien qui peut se créer entre l'adolescent et moi pour pouvoir dans un second temps, aborder tout ce qui affecte, dans la sécurité et la confiance. De ce fait, je n'ai absolument rien demandé en ce qui concerne les raisons de son hospitalisation et je n'attendais donc pas à ce qu'on en parle. Sincèrement à l'écoute de sa tirade sur le monde fantastique de Poudlard, je me souviens même que « l'anorexie » ne m'avait à aucun moment traversée l'esprit. Etais-je dans le déni moi aussi ? Ou son propre déni me contaminait-il ? Mais son démenti peut dans l'ici et maintenant venir nous dire quelque chose. C'est effectivement bien Alana qui vient nommer l'anorexie, je n'avais rien demandé mais elle a tenu à me dire, ou à me le rappeler car j'avais semble-t-il moi aussi fait l'impasse sur la question. Est-ce un *déni* dans lequel sa parole fut coupée ? Est-ce un *démenti* pour venir reprendre la parole ? Dire ou ne pas dire : voilà le conflit dans lequel Alana semble se retrouver, et moi avec...

Pour rappel, le déni est un « terme employé par S. Freud dans un sens spécifique : « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme »⁸¹⁶. Il se diffère donc du *démenti* (ou dénégation) qui est un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne»⁸¹⁷.

Au regard de la dynamique transférentielle, Alana semble déposer un conflit sous-jacent que je traduis par : « j'ai quelque chose à dire que personne ne peut comprendre ». J'aurai pu en rester là. Mais au lieu d'écouter et de clôturer cette première rencontre, je me surprends à lui répondre que je n'avais rien dit de tel, que ce terme « d'anorexie » venait d'elle, que c'était le sien, et non le mien, comme un innocent qui cherche à se déculpabiliser et se délester de quelque chose. Vexée, elle me fixa droit dans les yeux pour me dire : « vous êtes comme tous les autres, vous aussi vous ne me croyez pas ».

⁸¹⁶ Laplanche et Pontalis. p.115

⁸¹⁷ Ibid., p.112

8.1.3 Le rôle, le porte-parole du moi et de son double

C'est le premier groupe de psychodrame d'Alana. Lors d'un « qui comme moi », « l'injustice » a émergé comme une thématique problématique commune au groupe. Alana a en effet souligné dans un écho personnel qu'un sentiment d'injustice « l'envahissait depuis toujours ». Je propose alors au groupe de jouer un procès dans lequel, un individu se verrait accusé à tort. Toutes les adolescentes acceptent et semblent amusées par l'idée. Nous installons ensemble sur l'espace de scène une salle d'audience de tribunal et disposons les chaises des acteurs du procès. Nous déterminons les éléments importants à représenter : un juge, un procureur, un avocat de la partie civile, un témoin, un accusé et son avocat. Je leur demande quels rôles elles aimeraient interpréter et quelles caractéristiques elles souhaiteraient se donner. Pour ce jeu sociodramatique, chacun est libre de choisir son personnage et de lui inventer un caractère. Je n'interviens absolument pas dans la composition des rôles. Je laisse leur processus projectif s'exprimer.

Laure choisit spontanément de jouer le juge, au caractère gentil et au service de la vérité. Nola veut jouer le procureur, autoritaire mais droit (la loi, c'est la loi). Alana demande de jouer l'avocate de la partie civile, un avocat expérimenté, persuadé d'avoir raison et dans l'incapacité d'entendre ce que les autres ont à lui dire : « il faut que ça soit un avocat idiot qui ne comprend pas tout, ça sera plus drôle comme ça à jouer ». Luce se propose d'être le témoin, un jeune homme un peu menteur mais gentil. Jade, pas vraiment présente dans le groupe depuis le début de la séance veut jouer l'accusé. Son personnage est un garçon, innocent et victime d'une injustice. Kim jouera son avocate, rebelle et en colère contre ceux qui n'écoutent pas et qui ne comprennent rien.

Sans avoir démarré le jeu, les vertus du psychodrame ont déjà opéré. Toutes ont choisi un rôle et un caractère en lien avec une problématique très personnelle, forte et agissante. Effectivement, j'ai l'impression que les rôles qu'elles ont choisi ne sont qu'un prétexte pour pouvoir parler d'elles en toute sécurité. Nous le verrons plus tard mais, ce qui pourrait paraître au départ comme un jeu de rôle facétieux, semble finalement devenir un jeu psychodramatique dans lequel des échos personnels très forts et surtout très en lien avec leurs problématiques singulières vont émerger. Sans le savoir, elles vont venir déposer des éléments de leurs vies inconscientes à l'abri de leurs propres censures. Sans le savoir, elles vont à travers leur « personnage » venir se raconter et déposer dans le transfert leurs angoisses et autres conflits intrapsychiques. L'injustice les concerne toutes d'une façon distincte. Mais à travers des rôles psychodramatiques, elles vont pouvoir en dire quelque chose sans mettre en danger leurs rôles sociologiques protégés par leurs *faux-self*.

Le procureur frappe trois coups sur la table, tout le monde se lève. Le juge entre en scène et déclare : « la séance est ouverte, vous pouvez vous rasseoir. Nous sommes présents ici pour juger l'accusé d'avoir volé et mangé une pomme. Avant de tous vous entendre, nous allons appeler le témoin à la barre. Mr le témoin, pouvez-vous nous dire ce que vous avez vu » ?

-Le témoin : « Votre honneur ! J'ai vu l'accusé entrer dans le jardin de Mme Bidule, voler une pomme et la manger... »

-Avocat : « Objection votre honneur, s'écria aussitôt l'avocat de l'accusé. Votre témoin est un idiot, il ne connaît même pas le nom de la présumée victime... »

-Le témoin : « Ben si, c'est ma voisine, elle s'appelle Mme Bidule ».

-L'avocat de la partie civile : « pour qui vous prenez vous Maître, pour insulter les gens d'idiots ?

-Avocat : « Alors si vous commencez comme ça, ça va mal se passer... »

Le jeu se déroule pendant 40 minutes. Quand il se termine - par un renvoi du juge à une prochaine séance, manque de preuve - les deux avocats ont continué de se parler, ou plutôt, de s'affronter de façon querelleuse, chacun voulant avoir le dernier mot. On ressent ici toute l'agressivité pulsionnelle que ce psychodrame a mobilisé. Cependant, un conflit entre les deux avocats semble émerger au-delà du jeu. Un conflit, apparentant à la réalité, s'est infiltré dans le jeu psychodramatique.

L'avocat de la partie civile est joué par Alana. Elle est à ce moment du jeu hospitalisée la nuit en pédiatrie générale depuis quelques mois et ne vient que depuis quelques semaines en HDJ de pédopsychiatrie. Elle est encore nourrie par sonde nasogastrique, sonde qu'elle ne quitte pas lors de ses venues les journées. Alana est aux prises avec un déni incroyablement opérant. Au-delà de son impossibilité à constater la gravité de sa situation médicale, elle fait preuve d'un autre mécanisme de défense souvent oublié : la dénégation. En effet, Alana affirme régulièrement : « je ne suis pas anorexique, j'ai juste un problème somatique qui m'empêche de manger ». Cette phrase, Alana la répète souvent sans que personne ne lui demande quoi que ce soit. Mais dès qu'elle la prononce (peut-être trois à quatre fois par jour), les autres adolescentes pouffent discrètement à travers leurs petits sourires moqueurs.

8.1.4 Regard sur la dynamique transférentielle

La séance du psychodrame racontée ci-dessus s'est déroulée quelques jours après notre première rencontre. Pour rappel, c'est moi, psychodramatiste et animateur du groupe qui ai proposé le jeu sur l'injustice.

Le conflit psychodramatique entre les deux avocats apparaît comme un réel conflit entre Kim et Alana. C'est la première fois que ces deux adolescentes se rencontrent. Kim est malade depuis plus de deux ans et demi. Elle est sortie cependant d'hospitalisation mais continue les soins en ambulatoire tout en allant au lycée. Elle va cependant mieux. Kim a 16 ans également. Elle a connu une phase extrêmement aiguë. En pédiatrie, nourrie par sonde nasogastrique, elle courait dans les couloirs, ne s'arrêtait jamais de bouger, piétinait sans interruption au point de s'être retrouvée plusieurs fois contentonnée à son lit pour que ces mouvements kinesthésiques s'arrêtent le temps d'un instant. Bref, Kim connaît bien le syndrome d'AM et le déni qui le caractérise.

Au début de la séance du « procès », lors de l'échauffement de présentation, Kim se saisit du *qui comme moi* pour vérifier qui parmi les autres membres du groupe se détestent et se trouvent grosses. Les membres du groupe avancent ou restent sur place. Alana est la seule à reculer, venant ainsi signifier au groupe deux choses : « Je ne me trouve pas grosse » et « Je ne me déteste pas ». Mon observation en phare⁸¹⁸, me permet de constater qu'Alana me regarde à chaque fois qu'elle se

⁸¹⁸ Anne Ancelin utilisait cette expression pour qualifier son observation du groupe. En phare car circulaire, ne s'arrêtant jamais sur un membre du groupe. Elle disait, je ne pose jamais mon regard sur une personne, surtout si

recule et que les autres membres du groupe manifestent une discrète réaction à ses contradictions. Kim commente : « Genre, tu t'aimes bien, avec ta sonde ? ».

A la fin du jeu du procès, au moment des échos dans le rôle, je demande à l'avocat de l'accusé (joué par Kim) comment il se sent après le verdict.

-L'avocat de l'accusé : « je suis content que le juge n'ait pas reconnu mon client comme coupable, je suis confiant pour la suite du procès, mais je tiens à dire à mon confrère ici présent (en se tournant vers Alana), qu'il se trompe et son erreur va lui coûter cher. Comment peut-il dire des choses pareilles, c'est grave. Il va se planter s'il ne se remet pas en question ».

Je demande alors ce qu'il a à lui dire. La réponse fut directe :

-L'avocat de l'accusé : « il faut que mon confrère ouvre les yeux sinon ça va aller mal pour lui ».

Je remercie l'avocat de l'accusé pour sa réponse mais lui demande de ne pas se dérouter de suite. Je demande alors à l'avocat de la partie civile de nous faire son écho dans son rôle.

-Avocat de la partie civile : « je suis outrée par mon confrère, comment ne pas voir la vérité en face, seul un idiot ne verrait pas la vérité. Et puis quoi encore, pourquoi aller chercher des histoires là où il n'y en a pas. D'ailleurs je vous ferai remarquer que l'accusé s'est contredit à plusieurs reprises. Il a parlé de palissade alors que mon confrère lui a parlé d'un mur. Ce n'est pas la même chose ».

Je n'ai pas le temps de prendre la parole que le jeu repart, chacun voulant se justifier. L'accusé lui répond :

-L'accusé : « entre nous, mur et palissade, c'est la même chose » avant que son avocat rajoute : « le mur, il est entre vous et la vérité... ».

Parler de soi dans un groupe est compliqué, peut-être encore plus pour des jeunes adolescents pour qui l'apparence et le paraître importent énormément. Mais à travers le psychodrame et le rôle psychodramatique, le moi peut venir s'exprimer sans danger.

Le moi du thérapeute peut également s'exprimer à travers son rôle de thérapeute... C'est ce qui semble m'être arrivé, contaminé par l'atmosphère d'injustice. Avant de renvoyer tout le monde s'asseoir pour le temps des échos, je me surprends à dire « calmez-vous, de toute façon, on ne connaîtra jamais la vérité ». Alana me fixe avec ce même regard que lors de notre entretien et me dit « j'en ai vraiment marre que personne n'écoute ce que je dis ». Je me sens un brin attaqué et sens mes failles narcissiques mises à mal. Je ressens ce qui émerge dans le transfert, mais je contiens et garde le silence.

Je comprends néanmoins pendant les échos personnels que l'agacement de Kim lors de l'échauffement - « Genre, tu t'aimes bien, avec ta sonde ? » - m'avait conduit à proposer le « jeu du procès ». Afin de préserver ma légitimité thérapeutique, probablement soucieux d'avoir laissé Alana repartir méfiante lors de notre premier entretien, j'ai semble-t-il désiré « rendre justice ». Conscient des effets de mon contre-transfert, je décide de clôturer la séance en rappelant la loi, le cadre et les règles du groupe : « chacun est libre de déposer tout ce qu'il souhaite dire, sans avoir à être jugé ; chaque

cette personne parle. Si je la regarde, elle ne s'arrêtera pas de parler tant que je la regarde. Il vaut mieux regarder ceux qui ne parlent pas et essayer d'observer leurs réactions face aux mots et aux comportements des autres.

parole est singulière ; chaque mot est une confession personnelle du corps ; il est par conséquent très courageux de pouvoir déposer dans ce groupe les éléments de notre esprit qui nous préoccupent ». Alana semble apprécier mes propos. Elle me sourit en m'adresse un petit sourire. Elle décide cependant d'arrêter le psychodrame, prétextant une reprise scolaire. Mais à notre séance individuelle suivante, elle s'effondra en larmes et me demanda : « Vous pensez que je puisse être anorexique ? Et si je l'étais peut-être ? ». Après ces mots et mon silence, elle quitta brusquement mon bureau sans pouvoir rien dire de plus... L'acte de fuite d'Alana me donne l'impression qu'elle cherche à se « tirer d'affaire ». Mais là est fonction même de l'agir : se substituer à la pensée et à la parole par l'acte. En effet, l'acte semble orienter Alana vers une solution de satisfaction qui lui permet de ne plus subir les sollicitations dangereuses et destructrices.

8.1.5 La solution anorexique : plutôt agir que subir

Malgré son opposition à venir en groupe de psychodrame, Alana est en demande de psychothérapie individuelle. Ses résistances se sont assouplies et je peux par conséquent l'écouter et lui parler sans lui faire vivre des sensations de persécution. Nous ne nommons jamais l'Anorexie mais elle reconnaît malgré tout avoir besoin d'aide pour retrouver « la vraie vie ». Elle profite ainsi de nos temps de rencontre pour déposer sans crainte ce qu'elle n'a jamais pu raconter à personne. Elle me raconte ainsi des souvenirs douloureux de son enfance, la tristesse ressentie dans cette grande famille peu sensible à sa solitude, le harcèlement scolaire dirigé contre elle par un petit groupe de garçons de sa classe... Alana a beaucoup de choses à dire. Et plus les semaines passent, et plus nos entretiens durent longtemps...

Voici un extrait d'une séance qui a selon moi marqué le tournant de son travail psychothérapeutique :

-Alana « J'ai pensé à quelque chose ce week-end. Je me suis dit que je pourrais vous en parler.

-Le psy : « Pourquoi as-tu pensé que tu pourrais m'en parler ? »

-Alana : « Je sais pas, je me suis dit que ça pouvait avoir un lien avec tout ça ».

-Le psy : « Je t'écoute... ».

-Alana : « En fait, je me suis rappelée que quand j'étais petite, j'ai vu mes parents faire la chose. Au départ, j'ai juste entendu du bruit qui venait de leur chambre. Comme je comprenais pas ce qu'ils faisaient, je suis rentrée pour regarder. Je devais avoir six ans, peut-être sept. Eux ils ne m'ont pas vu alors je suis retournée dans mon lit et j'ai pleuré. Après, je me réveillais les nuits pour essayer d'entendre et ça me faisait toujours pleurer. J'écoutais parfois dans ma tête ma mère refaire ces bruits... Je l'ai détesté pendant des années après ça. Mais j'ai grandi et c'est ensuite mon père que j'ai détesté. Je le déteste encore un peu d'ailleurs... Le pire dans cette histoire, c'est que je m'en suis toujours trop voulue. Je me sens encore coupable d'avoir vu et écouté ça.

-Le psy : « Tu te sens coupable pour une raison particulière ? »

-Alana : « Je sais pas ! C'est pas juste, j'aurais jamais dû assister à ça, ça me regardait pas... ».

-Le psy : « Tu te sens donc coupable d'avoir vu ce que tu n'aurais pas dû voir. Mais peut-être que tu te sens coupable d'avoir ressenti quelque chose que tu n'aurais pas dû ressentir ?

-Alana : « (Après un long silence) Peut-être oui. Peut-être que je m'en suis voulue et m'en veux encore d'avoir été regarder de plus près, c'est comme si j'avais eu envie d'aller voir. Je m'en veux d'avoir eu envie... (Après un long silence). J'aimerais bien du coup rester toujours froide et moche, comme ça, j'aurai jamais plus envie de rien. C'est pour ça que je ne veux pas me faire manger ».

-Le psy : « Te faire manger ? Par qui ?

-Alana : « Par personne, je ne veux juste pas me faire manger, pour rester maigre quoi... » (silence...).

-Le psy : « Il me semble que tu as dit, « je ne veux pas me faire manger », comme si tu avais peur que quelque chose ou quelqu'un puisse te manger...

-Alana : « Ah non, je me suis mal exprimée, c'est juste que j'ai pas envie de me faire manger, de manger quoi... Mais peut-être que j'ai peur qu'on me mange, si vous le dites (rires). Mais au moins, c'est moi qui contrôle : si je fais ça, je subis plus ».

Au regard de l'entretien retranscrit ci-dessus, on comprend pourquoi les mises en acte (je fais pour ne pas subir) permettent aux adolescentes comme Alana d'échapper aux violences des affects négatifs. La solution anorexique lui a en effet permis de mettre à distance le désordre émotionnel qui la traversait. Ainsi, comme le prétend F. Marty, « le recours à l'agir est une tentative de régulation des émotions »⁸¹⁹, tentative que je pourrais résumer par l'aphorisme « agir plutôt que subir ».

⁸¹⁹ Marty, F. (2013). Agir à l'adolescence, une autre façon de penser les émotions : Affect, émotion et pathologie à l'adolescence. Dans : Sami-Ali éd., *Affect et pathologie* (pp. 7-20). Les Ulis: EDP Sciences.

9.1 Flore

J'ai choisi le pseudonyme de Flore en raison de son étymologie latine *Florenzia* qui signifie « Fleur issant », en écho au printemps et à la renaissance. C'est en effet bien ce terme de « renaissance » qui caractérise le parcours de Flore (et de tant d'autres adolescentes). Flore, signifiant proche de Fleur, fait également résonance aux personnages mythiques d'Echo et de Narcisse, « deux âmes orphelines de corps, deux fleurs dans une absence de bouquet »⁸²⁰. En effet, Flore, au-delà d'aimer chanter pour se faire entendre, s'est longtemps emmurée dans une caverne obscurément mélancolique.

9.1.1 Histoire de Flore

Flore est une adolescente de 15 ans qui souffre d'anorexie mentale restrictive sévère depuis de longs mois. Passée par la pédiatrie, elle est hospitalisée depuis 6 mois à temps complet en pédopsychiatrie. Flore fait partie de ces « cas complexes » qui clament haut et fort leur résistance à guérir. Fille de professeurs d'université, très bonne élève, musicienne de haut niveau, elle représente l'archétype même de l'adolescente anorexique. Elle suscite dans le service des contre-attitudes soignantes négatives. Une infirmière me confiera même à son propos : « c'est la pire que je aie jamais vue... Elle est froide et méchante, j'ai l'impression qu'elle n'est là que pour nous faire chier ».

Nous savons lors de son entretien d'admission que sa mère à fait plusieurs dépressions et a déjà été hospitalisée en psychiatrie, notamment après la naissance de Flore. Son père s'est par conséquent beaucoup occupé de l'éducation de ses trois enfants, Flore étant la benjamine. Ses deux frères plus âgés ont quitté la maison familiale pour leurs études.

Flore est l'une des dernières patientes à avoir bénéficié d'un contrat de poids dans notre service. Les réflexions autour de cette méthode coercitive nous animaient déjà depuis un moment et des expériences dites libérées des contraintes s'étaient avérées sincèrement fructueuses. Quasiment plus mise en pratique dans notre service, la pédopsychiatre pourtant hostile à cette éventualité thérapeutique a symboliquement « marqué le coup » en acceptant un léger contrat de séparation pour satisfaire la demande parentale qui souhaitait prendre un peu de distance afin de « souffler » loin de leur « terrible fille » (propos tenus par une soignante). Tout cela s'entend et je reconnais, que dans certains cas précis, une décision peut être cohérente pour le « bien » d'une adolescente ; au-delà du fait qu'elle peut créer des catastrophes chez une autre). La suite, quoique prévisible, s'est avérée un brin plus complexe qu'on aurait pu l'imaginer.

Flore s'enferme dans un entêtement qui dépasse l'entendement. Les paliers sont pourtant peu élevés. Flore pèse 36 kg. Le contrat stipule qu'elle peut voir ses parents en visite à 37 kg et partir en permission à 38 kg. La plupart des jeunes filles s'accommodent plutôt bien à ces conditions et « règlent » le problème en moins d'une journée (potomanie,

⁸²⁰ Corcos, M. (2011). Ibid., p.284

rétenion urinaire et fécale, les astuces ne manquent pas). Mais Flore en décide autrement et résiste pendant 6 mois sans prendre le moindre gramme... Coincés, nous sommes dans l'impossibilité de faire marche arrière car Flore nous tient en joue : « vous n'avez pas le droit de changer le contrat ». Nous sentons tous le fonctionnement limite qui jouit d'observer sans rien dire notre impuissance thérapeutique.

La situation semble bloquée. Par bon sens, lorsque la pédopsychiatre accorde une visite aux parents désireux de voir leur enfant, Flore s'énerve. Elle nous accuse et nous reproche de ne jamais rien respecter. Le contrat, c'est le contrat... La loi, c'est la loi, cadre de référence protecteur qui semble en tout cas défendre Flore de quelque chose d'insupportable.

Nous sommes dans l'impasse, confrontés au style du *sujet limite* dans ce qu'il a de plus significatif : Flore nous accuse allégrement de la rendre malade. Le projet de guérison a échoué à cause de notre incompetence. Le projet idéal de soins est raté ! « Ce sont des merdes » me dit un jour Flore en entretien, en me parlant des soignants. J'entends cependant toute la problématique *borderline* qui résonne dans ce propos fécalisé et me confie à cette occasion le désastre qui caractérise ses relations affectives.

Les soins hospitaliers :

Pendant son hospitalisation, Flore participe au groupe de parole de l'unité et à toutes les médiations corporelles que les soignants de l'unité proposent. Nous essayons de l'intégrer au groupe de psychodrame, mais sans succès. Flore refuse paradoxalement de se « donner en spectacle ». Elle lutte contre la *passivité-passivation* que les soignants provoquent. Ils insisteront, mais elle résistera d'autant plus fort.

Il est important de noter que la psychothérapie individuelle est un lieu dans lequel Flore n'attaque pas le lien. En effet, les problématiques du féminin et du débordement sont suffisamment représentées pour que Flore en élabore quelque chose de façon authentique. Elle me dit d'ailleurs à ce propos « c'est le seul lieu dans lequel je me sens bien ». Flore me flatte ? Peut-être, mais je respecte peut-être tout simplement son refus d'aller mieux et elle me le fait comprendre : « vous êtes le seul à ne pas me parler de nourriture ». Inspiré par les écrits de S. Ferenczi, je propose en effet aux adolescents un espace d'écoute chaleureux dans une « analyse mutuelle » dans laquelle je me sens en sécurité pour régresser à ses côtés et lui partager certains éléments de mon analyse contre-transférentielle.

Je suis bien conscient que l'importante perte de poids peut faire émerger une certaine euphorie, consécutive aux effets de la dénutrition qui la maintient dans sa *frénésie privative* : c'est le principe de Nirvana décrit par V. Marinov. Cet état peut ainsi éblouir l'équipe soignante sur un soi-disant « mieux-être ». Malgré tout, je pense que Flore « avance », mais la balance, au sens propre du terme, reste un indicateur important qui fixe et scelle parfois les destins, autant dans le réel que dans le symbole. Et sur ce point de vue là, ça n'avance pas du tout. Pour certains soignants, son hospitalisation devient insupportable. Certaines IDE « l'humilient »⁸²¹ en lui prenant les « constantes somatiques » en plein service, à la vue des autres adolescentes. Ça bipe fort, tout est dans le rouge... L'interne ira même jusqu'à prescrire une pesée imprévue. Face aux pièges

⁸²¹ Propos tenu par Flore

qu'on lui tend, sa colère commence à s'exprimer. Un élan de vie émerge ? Il n'en est rien de cela. Les repas deviennent de plus en plus compliqués, ses liens aux autres se délitent...

La situation devient également insupportable pour son entourage. Ses parents parlent d'un transfert dans un autre service, plus « compétent » que le nôtre. Ils font des recherches. On leur a parlé d'un institut dans une grande ville de France pour qui l'AM n'a pas de secret. Ils les contactent. Flore est sur liste d'attente.

Son départ pour un autre lieu de soin peut interrompre le travail psychothérapeutique, mais l'idée du transfert me semble cohérente. Couper la routine du contenant hétérotopique me paraît en effet une bonne solution. Mais pour Flore, les choses ne se passent pas comme elle l'a planifié et elle va bien nous le faire comprendre.

Après avoir essuyé plusieurs refus à la thérapie psychodramatique, Flore finit par accepter : « si je dois vraiment partir, autant tenter le tout pour le tout ». Par expérience, nous savons que les transferts vers d'autres lieux de soins peuvent prendre un peu de temps. On décide alors en équipe de l'intégrer au groupe du psychodrame de la consultation afin que Flore puisse rencontrer des adolescents autres que ceux du service.

Le temps du psychodrame, au sens physique du terme, lui est compliqué (difficilement adapté avec ses symptômes anorexiques). Elle a en effet énormément de mal à se supporter assise et Flore sait que l'on débute une séance de psychodrame sur des chaises. Cela l'angoisse terriblement. Elle passe effectivement tout son temps libre debout. Mon bureau doit être un des rares lieux où elle peut rester assise plus de 45 minutes (au-delà des repas). Elle dit d'ailleurs à ce propos : « je sens mes cuisses, elles se touchent c'est horrible comme je me sens monstrueusement grosse ». Flore a calculé le temps durant lequel elle doit rester assise sur la journée : 2 fois 45 minutes pour les repas, 45 minutes par semaine pour l'entretien psychologique, 2 heures groupe de parole, 6h pour dormir la nuit... Tout est calé et rien ne doit dépasser. Autres rituels : Coucher minuit, lever 6h, petit déjeuner 8h à 8h10, déjeuner 12h, dîner 19h et douche tous les jours à 18h15. Le groupe de psychodrame est donc venu bousculer toute son organisation, tant pour l'horaire de douche que pour le temps supplémentaire passé assise qui lui est imposé.

9.1.2 Du refus d'être aimé au refus d'éprouver

Flore sait qu'il est pour elle question d'un transfert vers un autre lieu de soin. L'urgence somatique de l'amaigrissement est devenue une grave préoccupation médicale. La renvoyer en pédiatrie, vu tout le chemin psychothérapeutique parcouru, ne semble pas cohérent pour le pédiatre qui suppose que ça ne servirait à rien. Mais elle a besoin de la sonde et nous ne pouvons malheureusement pas répondre à ce besoin. Elle continue de ce fait son hospitalisation avec nous, en sachant qu'un transfert ne dépend que de la disponibilité du futur lieu de soin. Mécontente de quitter sa ville natale et notre service, elle reprend un peu de poids pour nous montrer qu'elle peut se décaler et répondre malgré tout aux attentes médicales/parentales. Mais la décision est prise et constatant que personne ne changera d'avis, elle se remet en restriction... « Autant que j'arrête tous mes efforts, afin d'avoir une bonne raison d'aller me soigner aussi loin d'ici ». Il ne faudrait pas que j'arrive là-bas en bonne santé... ».

Flore a l'allure d'un fantôme errant dans un monde dévitalisé. Mais lors des groupes de psychodrame, elle semble pouvoir se reconnecter avec quelque chose de vivant. Drôle, spontanée, créative, elle impulse au groupe, parfois nonchalant et peu

concentré, un élan de vie surprenant. Pendant plusieurs semaines, Flore s’amuse à « prendre des rôles » tous aussi farfelus que dramatiques (au sens grave du terme). Elle ne souhaite jamais être protagoniste mais prend cependant plaisir « à jouer pour les autres ».

Le jeu :

Un soir, à ma question *Qui a envie de jouer ?* Flore lève la main. C’est son dernier groupe avant son transfert mais personne ne le sait encore à ce moment-là. Elle l’a peut-être « senti ».

-Flore : « J’ai envie d’aller explorer le vide que je ressens en moi ».

Surprise, ma collègue thérapeute me regarde et je comprends qu’elle ne veut pas animer le jeu. Effectivement enceinte à ce moment-là, animer « le vide en moi » ne semble pas simple à animer. Avec l’accord du groupe, Flore se lève et nous explique la scène qu’elle désire jouer. C’est donc moi qui vais animer le psychodrame.

Le matin même, Cerise, une nouvelle patiente anorexique est arrivée dans le service pour une hospitalisation en hôpital de jour en parallèle de son hospitalisation en pédiatrie. Flore nous raconte que tout s’est refermé, que son esprit s’est noirci, comme pour tout oublier. Elle nous demande de rejouer cette sensation « de vide » éprouvée à la vue de Cerise.

Flore choisit Claire pour jouer Cerise. Dans le changement de rôle de présentation, Flore raconte :

-Cerise (jouée par Flore) : « je suis jeune, belle, maigre, j’ai une sonde et j’en suis fière. J’ai un peu peur d’arriver chez les fous mais quand je rentre dans le salon des filles, je vois une grosse dinde sur un radiateur, ça me rassure qu’elle soit grosse, elle n’a pas l’air si malade. Elle n’a même rien à faire ici ? ».

Dans ce changement de rôle, Flore vient de soulever une question centrale dans son fonctionnement : si les autres me trouvent grosse, ça veut dire que je ne suis pas assez malade, que je suis donc insignifiante...

Je demande à Claire de prendre son rôle et au jeu de se dérouler.

-Cerise : « Salut tu vas bien ? Oui et toi ? Comment t’appelles-tu ? Cerise et toi ? Flore, je m’appelle Flore... ».

Flore arrête le jeu et me demande un aparté : « J’ai envie de savoir combien elle pèse ». Je lui rappelle qu’elle a le droit de tout lui demander, que c’est l’avantage du psychodrame. Flore reprend le jeu et lui demande :

-Flore : « Combien tu pèses ? ». Je demande un changement de rôle.

-Claire, dans le rôle de Flore : « Combien tu pèses ? ». Flore dans le rôle de Cerise répond très spontanément :

-« Oh probablement moins que toi. J’ai une sonde moi, pas toi. Et j’arrive de pédiatrie. Toi tu n’as pas l’air malade... ». Je redemande le changement le rôle afin que tout le monde retrouve sa place. Je demande à Claire de bien reprendre mot pour mot ce que vient de dire Flore. Le jeu se déroule...

Flore tête baissée, se referme. Je lui demande ce qu’elle ressent. Elle me répond qu’elle vient de ressentir de la honte. Flore ressent un affect qu’elle peut

enfin nommer... Je lui propose de faire venir sa honte sur scène. Justine⁸²² est choisie pour jouer la honte de Flore.

Changement de rôle directement pour que Flore nous présente sa honte :

-« Je suis la honte de Flore, j'existe depuis toujours, comme une vieille amie. Dès que je croise quelqu'un, j'apparais. » Je lui demande où est-ce qu'elle apparaît ? « Comme ça (Flore entoure de ses bras Justine son ventre et sa poitrine) et je serre fort. Je suis une honte très forte qui serre très fort, qui empêche même de respirer ». Je me sens surpris de voir Flore collée au contact d'un corps pulpeux et libidineux.

Je redemande à tout le monde de reprendre sa place pour rejouer la scène depuis le début. Mais alors que le jeu reprend, Flore nous demande d'arrêter : « J'ai si honte, mais je ne veux pas que Cerise me pique la place. J'ai besoin de faire pitié, de vous faire pitié, mais elle semble plus malade que moi et j'ai trop peur de perdre la pitié que je vous procure... ». La pitié, ce n'est en effet pas de l'amour. La pitié fait vivre le narcissisme négatif et l'autodestruction masochiste.

Perdre son statut. Ne plus faire pitié au risque qu'un objet de séduction la menace de l'aimer ? La terreur d'être aimé semble nourrir toute sa problématique narcissique mélancoliforme. Mais chaque jeune fille anorexique semble violemment la renvoyer à un statut d'adolescente disponible pour le marché. J'hésite un instant à lui proposer de changer de scène autour d'une mise en jeu entre l'envie de « faire pitié » et « la terreur d'être aimé » (j'exprime à voix haute cette hésitation et je me surprends à m'excuser). Flore ne semble pas être disponible pour aborder ce conflit qui finalement semble m'appartenir personnellement : je ressens en effet que le masochisme moral que je viens d'exprimer ne chercherait qu'à demander au groupe ma validation en tant que « bon thérapeute ». Je m'abstiens donc et je demande à tout le monde de se dérouter et de s'asseoir. Je reste sur la scène avec Flore et je demande au double (ma collègue pédopsychiatre) de venir derrière elle, en soutien (afin de me décoller un peu de mon contre transfert). Le double prend la parole et nous commençons à discuter tous les trois, puis je reprends l'entretien.

-Le psy : « Comment te sens-tu par rapport au vide dont tu nous parlais au départ ? »

-Flore : « Le vide est revenu là. Pendant le jeu, je ne le sentais plus. Là je sais plus quoi dire, quoi faire. J'ai envie de pleurer mais je n'y arrive plus depuis, oh, tellement longtemps. ».

-Le double : « J'ai senti du froid quand « la honte » (jouée par Justine) m'a serré dans ses bras. Ce froid c'est ma peur, peur d'être nulle, peur de ne pas savoir quoi faire, est-ce que c'est ça ? ».

-Flore : « Oui, c'est presque ça... J'ai ressenti du froid quand Justine m'a serré. J'ai eu très peur. C'est le froid que je ressens tout le temps en fait, c'est de la glace qui me paralyse. Mais parfois je sens du chaud, surtout quand je chante et fais du piano ».

⁸²² A noter que Justine est une adolescente de 17 ans très pulpeuse, amoureuse, et ne s'en cache absolument pas...

Le double regagne sa place et je propose à Flore de faire venir le chaud et le froid qu'elle vient de nommer. Justine est encore choisie mais cette fois, pour jouer le chaud. Lauriane, une adolescente de 13 ans très inhibée est choisie pour jouer le froid.

Dans le changement de rôle de présentation, Flore répond à mes questions :
-« Je suis le froid de Flore, je suis sa partie malade. Je suis glaciale, avec elle et les autres. Mais je la protège. »

-« De quoi la protégez-vous ? »

- « Je la protège du chaud... ».

Changement de rôle. Flore dans le rôle du chaud répond à mes questions :

-« Je suis le chaud de Flore... je n'ai rien à dire de plus... ».

Dans le rôle de présentation du chaud, sa position reste la même, figée, droite, tendue et coincée, bras entrecroisés et mains serrées. Flore est incapable de jouer « le chaud ». Je ne veux cependant pas la forcer. Je lui demande simplement deux ou trois éléments pour aider Justine à improviser. Mais Justine intervient : « pas la peine d'éléments pour improviser, je suis chaude de base moi ». L'ensemble du groupe éclate de rire, sauf Flore, qui semble prendre cette remarque pour elle.

Je les invite à démarrer un dialogue à trois en s'appuyant sur les éléments de description lors de la présentation des rôles (je demande au double de venir au soutien de Flore). Elles tiennent bien leurs rôles, mais Flore semble se refermer de plus en plus, des larmes commencent à monter, elle tremble. (Flore n'a pas pleuré depuis plus d'un an et demi). Flore semble confuse, perdue, elle nous dit avoir très peur. Je lui demande de quoi a-t-elle besoin ? : « De confiance » me répond-elle. Malheureusement, nous ne sommes que six⁸²³ ce soir, je n'ai plus d'ego-auxiliaire pour jouer la peur et la confiance (je garde le Dr J. en double). Je lui propose de choisir entre une chaise ou d'appeler Claire pour jouer son propre rôle afin qu'elle sorte du jeu et puisse l'observer. Elle demande à Claire de revenir sur scène. Flore et moi sommes désormais sur le côté de la scène. Les égo-auxiliaires reprennent le jeu depuis le début... Flore regarde, intriguée.

Pendant que le jeu se déroule dans une spontanéité qui ne nous surprend plus, Flore sourit. « Le chaud » déborde à tout point de vu, n'hésitant pas à sexualiser ses envies. « Le froid » fait des signes de croix en guise de protection. Claire, dans le rôle de Flore, tempère, régule, invite ses propres instances à collaborer. Le double, toujours à son contact s'exprime :

-« Ah je me sens mieux là, je ressens du chaud mais un chaud qui fait du bien, est-ce que c'est ça ? »

-Flore : « Oui c'est ça, et ça me fait rire de voir tout ça. J'ai l'impression de voir une enfant faire face à un choix impossible, mais elle s'en sort bien non ? J'ai envie de la rassurer, elle me semble si perdue. Personne ne l'écoute en plus !!!! ».

Il me semble à ce moment-là que Claire joue le rôle d'une petite Flore tiraillée par un conflit interne animé par la poussée des pulsions sexuelles (pulsions de vie) et la tentative d'abolition de ces tensions (pulsions de mort). Je

⁸²³ Deux psychodramatistes, Flore, Justine, Claire et Lauriane

partage mon ressenti à Flore qui approuve mon idée : Claire représente la petite fille que Flore a été. Je lui demande alors de revenir dans le jeu et d'aller dire quelque chose à l'enfant qu'elle était, une chose à son « froid » et une chose à son « chaud ». Flore, au bord des larmes, prit les mains de la petite Flore et lui murmura :

-« N'aies pas peur, tu ne crains rien... ». Puis se tourna vers son chaud :

-« Toi tu me fais bien rire, je t'aime bien finalement. Et les gens t'aiment bien aussi, mais tu sembles si dangereux et ingérable... J'ai l'impression que tu peux tout faire péter ». Enfin, elle se dirige vers son froid et après quelques longues secondes de silence :

-«Toi, tu me censure..... mais je crois que tu causes ma destruction ».

Avant d'arrêter le jeu, je lui demande :

-« Qu'est-ce que la petite Flore aurait dû craindre ? »

-Flore : « Les câlins ».

Je n'ai pas le temps de répéter ma question que contre toute attente, Flore prend dans ses bras la petite Flore (Claire) à qui elle adresse un chaleureux câlin (son rapport au corps et au contact lui est pourtant très difficile). Le chaud (Justine) et le froid (Lauriane) s'ajoutent à ce doux moment. L'envie de demander si ma dernière question a bien été comprise me taraude, mais je laisse l'agir affectif s'exprimer. Fin du jeu.

Malgré les échos dans les rôles qui ouvrent sur d'autres questions que pose la sexualité à l'adolescence, je n'arrive pas à oublier ma question : « qu'est-ce que la petite Flore aurait dû craindre ? » Flore avait-elle bien compris ce que je lui avais demandé ? Après vérification, faisant confiance à mon intuition, Flore me confirme qu'elle n'avait pas vraiment compris ma question, et qu'elle avait de ce fait inconsciemment traduit : « de quoi as-tu besoin ? ».

Craindre les câlins ? En avoir besoin ? Avoir envie de ce que l'on craint ou craindre ce qui nous fait envie ? Telles auraient été les choses que j'aurais pu reprendre à la séance suivante, loin de moi l'idée de laisser passer un tel malentendu. Mais le week-end après la séance, Flore a été transférée. La psychothérapie avançait sur un tempo dit *lento*, mais cette séance de psychodrame venait mettre en évidence la problématique de la censure dans laquelle le chaud et le froid des excitations libidinales venaient s'entrechoquer au point d'annuler tout l'équilibre de leur nécessaire cohabitation... De plus, le conflit entre la pulsion de vie et de mort semble chez Flore agir à la manière d'un narcissisme de vie et un narcissisme de mort. Il semble en effet que son « désir de faire pitié » participe à toute l'activité masochiste qui agit dans l'investissement narcissique et s'évite la douloureuse expérience de la passivité. Flore, à travers cette scène de fin, nous a invité à explorer dans son histoire infantile. Nous avons pu découvrir à quel point la séduction de l'objet pouvait intensifier les conduites du masochisme mortifère dans lequel la « réduction à zéro » semble protéger Flore de toutes formes de stimulations sexuelles.

9.1.3 De la séduction du père à la perversion froide

Nous avons rapidement reçu des nouvelles de Flore. Visiblement, nous lui manquions. Le contrat posé par le médecin ne rigolait pas. Sondée et isolée dès son arrivée, elle est restée deux mois sans contact avec l'extérieur (au-delà du courrier qu'elle

pouvait envoyer pour se plaindre allègrement de ses nouveaux « tyrans »). En respectant la reprise de poids que son nouveau contrat lui imposait, Flore s'est vu octroyer une sortie dans le parc de l'hôpital. Elle en profitera pour fuguer et rentrer chez elle par le premier bus qu'elle trouvera. De retour à la maison, le directeur de la clinique et les parents ont acté la sortie de la clinique contre avis médical. Le Dr F. lui a proposé un suivi ambulatoire pédiatre-psychiatre-psychologue. J'ai repris le suivi en psychothérapie individuel en l'associant au psychodrame.

Flore a changé. Elle semble avoir grandi et pris du recul sur son fonctionnement anorexique. Elle a certes perdu tout le poids que le contrat pondéral lui avait fait prendre mais cette expérience semble indéniablement l'avoir fait mûrir. La séparation et l'arrachement à son contexte familial l'a bousculé et a fait émerger en elle des prises de conscience tout aussi douloureuses qu'inévitables. Lors de notre première entrevue, elle abordera sans que je la sollicite son envie de « retrouver des seins » et son envie de se trouver un petit copain : « je crois que je suis prête pour ça ». Flore semble avoir envie d'amour au-delà d'en avoir marre de son « corps d'enfant ». Elle se dit en effet prête à grandir : « finalement, je crois que je n'ai jamais eu peur de grossir, simplement de guérir et d'aller mieux pour vivre ». Aller mieux, c'est effectivement retrouver l'ordre établi et l'ouverture vers la psychosexualité.

Lors de cette séance qui marque son retour, j'accompagne Flore à réfléchir sur les possibles raisons qui auraient pu la conduire à « refuser » cette métamorphose adolescente. Elle me raconte que lorsqu'elle était petite, pleins d'histoires de famille ont créé des conflits qui l'ont « traumatisé »⁸²⁴. Elle pense que ces histoires pourraient expliquer beaucoup de choses. Lorsque je lui demande si elle souhaite me les raconter, Flore m'offre un long silence en guise de réponse. Je le respecte et ne dis rien. Puis, au bout d'un certain temps, Flore me dit timidement : « Quand j'étais petite, ma tante a accusé mon père d'inceste sur moi, ça a foutu un sacré bordel dans la famille ».

Flore me raconte en effet que sa tante soi-disant Bipolaire aurait un jour appelé sa mère pour la prévenir de l'attitude obscène de son frère envers sa nièce. Pour faire simple, la sœur du père de Flore l'accuse de pédophilie. Si les parents de Flore sont restés soudés face à de telles accusations, et si la tante accusatrice n'a jamais saisi la justice, la problématique incestueuse a malgré tout été nommée et Flore s'est indirectement retrouvée malgré elle invitée au grand jour sur l'autel de la séduction agie. Et si Flore défend son père de toute agression sexuelle, elle raconte malgré tout qu'elle ressent depuis ce jour des sensations d'agressivités destructrices à son égard : « il me dégoute avec ses bruits de bouche, j'ai parfois envie de le tuer quand il parle la bouche pleine... ».

Malgré le sens de direction de la supposée agression dénoncée par la tante, à savoir l'adulte sur l'enfant, Flore s'accuse d'avoir séduit son père car me dit-elle : « je lui demandais souvent des câlins étant petite pour combler l'absence de ma mère dépressive ». Nous avons pu noter dans l'histoire de Flore que sa mère avait en effet fait une dépression lorsque Flore était bébé et que le père avait été très présent, notamment dans les soins du quotidien. Nous pouvons donc supposer qu'à la puberté, Flore s'est retrouvée coincée dans un destin mélancolique issu des fantasmes incestueux de cette active séduction. La passivité liée au processus pubertaire se serait en effet retournée en

⁸²⁴ Propos de Flore

activité masochiste, retournement qui dans un certain sens scella le destin mélancolique. Mais Flore s'accuse également d'être à l'origine d'une « zizanie » familiale qui a « beaucoup fait souffrir » sa mère : « même si je sais que ma mère n'a pas cru ma tante, le mal a été fait par ma faute, et ça a créé plein d'histoires ». Un double mouvement s'observe malgré tout dans le discours de Flore, double mouvement d'amour et de haine, de froid et de chaud envers sa mère : « Je suis triste qu'elle m'en veuille mais elle m'énerve de m'en vouloir, qu'elle reste dans sa m.... ». Le mouvement mélancolique de Flore semble donc s'organiser autour d'une identification inconsciente à la mère morte. On ressent en effet que Flore rejette violemment l'objet perdu, cette *mère morte* qui par son retrait, son abandon, l'aurait laissée toute seule avec un père contraint malgré lui d'assurer les soins nourriciers. En effet, en s'autoaccusant, Flore tente visiblement de se protéger du mauvais objet qui se caractérise ici par son absence. Ce vide et le froid semblent donc faire écho au vide dépressif maternel (le froid c'est le vide, le chaud c'est le débordement du moi provoqué par le vide). L'anorexie restrictive de Flore pourrait également s'entrevoir comme le résultat d'un clivage entre l'objet perdu et l'objet attendu, l'objet haï et l'objet désiré. Mais la levée du clivage ne pourrait-elle pas remettre en scène la faille narcissique et la problématique du corps sexué et réveiller les fantasmes d'incorporation cannibalique ?

Le jeu du psychodrame dans lequel Flore expose son conflit entre le « froid » et le « chaud » semble avant tout rendre compte d'une problématique de destruction de l'érotisme. La *défense par la froideur*, que V. Marinov appelle aussi *perversion froide*, jaillirait pour protéger Flore de la subversion libidinale et du retour des refoulés traumatiques. Mais la dépression de la mère froide semble avoir également provoqué un abandon qui aurait laissé place à une séduction d'un père chaud. On peut effectivement se demander si la « froideur » de Flore ne trouverait pas ses racines dans la séduction originaire issue des relations précoces mère-fille ou si elle ne proviendrait pas d'une réaction défensive par rapport à la séduction agie d'un adulte homme. L'histoire de Flore nous montre en tout cas que les deux possibilités ne s'excluent pas. Si le froid peut en effet se penser comme une carence affective liée à une pauvreté de stimulations affectives précoces, il peut aussi s'entrevoir comme une réponse défensive face aux relations érotisées engendrées par l'homme adulte (pour rappel, Flore a deux grands frères). De plus, le froid et le chaud de Flore semble également mettre en lumière tout le paradoxe qui caractérise l'adolescente anorexique qui pourrait peut-être également s'entrevoir comme une « pathologie du double » : froid/chaud, dur/mou, sec/gras, rien/tout, vide/plein...

9.1.4 Le contre-transfert : entre angoisse et désir soignants

Nous avons pu souligner dans la revue de la littérature que S. Ferenczi avait milité pour une thérapie « réparatrice » afin d'éviter que les attitudes froides et frustrantes des thérapeutes viennent répéter les traumatismes initialement vécus par le patient dans son enfance. Malgré tout, et cela après avoir posé un contrat de poids avec séparation (censé apaiser tout le monde), les contre-attitudes négatives soignantes se sont de plus en plus répétées à l'encontre de Flore. Des rejets violents et des « abus de pouvoir » ont même été constatés, ce qui a conduit l'équipe médicale à organiser avec ma collaboration « des temps de réflexion » pour discuter de certaines « situations cliniques difficiles ». Lors de ces rencontres, j'ai souvent pu constater que l'équipe soignante collait inconsciemment à la problématique de Flore. L'équipe faisait en effet rejouer malgré elle dans le transfert

les conflits de la problématique familiale qui revenait, en miroir, s'immiscer dans la relation de soin. Une partie des infirmières s'étaient positionnées dans une attitude plutôt froide et rejetante, à l'image d'une mère morte incapable d'offrir sa tendre affection à son enfant pourtant désemparé. L'une d'entre elles ira même jusqu'à proposer de « l'attacher en chambre d'isolement pour la faire bouffer ». Une grande partie des soignants hommes, probablement sensibles aux sollicitations séductrices de Flore, s'était chaleureusement positionnée dans une attitude contenant pleine de complicité. Certains se disaient même chagrinés d'observer autant de qualités artistiques non exploitées. Chez ces soignants, c'est un certain regret qui s'exprimait : « Quel gâchis, elle a tout pour elle cette petite », dira l'un d'entre eux. La « petite » Flore se délectait en effet de ce qu'on attendait d'elle, au grand désespoir de certains.

Bien évidemment, les choses n'ont pas été si clairement séparées et certaines soignantes ont déployé dans leurs relations des attitudes que C. Combe qualifierait de « féminines » alors que des soignants sont en parallèle rentrés dans des rapports de force sans construire le moindre lien. Malgré tout, le fait que l'hospitalisation soit devenue « déprimante en soi » semble irréfutable. Je note cependant que cet enfermement déprimant a autant fait souffrir Flore que certains membres de l'équipe soignante. Les soignants, pour probablement éviter de se retrouver à leur tour « passivés » par l'autre, semblent s'être narcissiquement protégés par le biais d'une défense par retournant. En effet, la « passivité masochiste » causée dans un premier temps par l'emprise et la fécalisation de Flore sur *l'objet soignant* à travers la rigidité du contrat de poids, s'est dans un après coup retournée en « activité sadique ». En effet, au-delà des sensations d'impuissance, de l'épuisement face à la répétition du négatif, du sentiment d'inutilité face aux conduites destructives, ce retournement semble surtout s'être activé, à mesure (ou usure) du temps, dans une dynamique sadique-anale où le recontrôle sur l'objet aurait consolidé les repères et renforcé le sentiment de toute puissance. La reprise du contrôle sur l'objet est en effet venue souligner la reprise de pouvoir. Le contrat de poids et de séparation a maintenu pendant de longs mois Flore dans une frénésie privative qui lui a permis de déployer toute son emprise de l'objet en le fécalisant et le maltraitant. A bout de patience, les soignants ont donc tenté de reprendre le contrôle en imposant toute leur autorité. A amont de Flore, on pouvait aisément les entendre commenter toute leur lassitude et leur impuissance :

-« Elle nous emmerde celle-là ».

-« C'est la pire que je n'ai jamais vue... Elle est froide et méchante, j'ai l'impression qu'elle n'est là que pour nous faire chier ».

-« Elle nous manipule ».

-« Elle clive l'équipe, il faut resserrer la vis ».

-« On devrait la transférer en pédiatrie, ça lui ferait du bien la sonde ».

C'est désormais Flore qui s'est retrouvée l'objet d'un désinvestissement, reléguée dans l'antichambre de la désobjectalisation. Son transfert dans un autre lieu de soins semble donc lui avoir permis de s'ouvrir sur différentes modalités de l'existence. A son retour, Flore a effectivement repris la thérapie là où elle l'avait arrêtée. Nous avons poursuivi sur quelques séances qui lui ont permis d'accorder ses tonalités affectives et corporelles. Après quelques petits débordements boulimiques, Flore a décidé d'arrêter son suivi psychothérapeutique. Elle est aujourd'hui étudiante dans une célèbre école de commerce.

J'ai pu dans la description du psychodrame de Flore livrer quelques éléments de mon contre-transfert face à la problématique « d'être aimé ». J'ai également souligné que mon désir de reconnaissance pouvait comme tout un chacun se manifester dans certains de mes mouvements contre-transférentiels (lapsus, acte manqué, acting out...). Cependant, même quand Flore déversait toute sa haine du soignant en thérapie individuelle, j'ai toujours pris garde à ne jamais valider le clivage qu'elle faisait exister. « Ce sont tous des merdes » me disait-elle. Tous, sauf moi, préservé et non associé à un objet de haine ? Cette honorable distinction pourrait satisfaire tous les thérapeutes libidineux qui chercheraient plus à plaire qu'à « soigner ». Valider de tels propos me semble donc dangereux car au-delà de valider la fécalisation de l'objet soignant, cette attitude pourrait introduire dans le sillon de la communication des messages à valeurs de séduction, et donc d'excitation sur le pare excitation d'une adolescente en quête de repère. Autrement dit, le thérapeute (qui plus est un homme) qui rentrerait dans une séduction agit en s'auto-désignant « meilleur » que l'autre pourrait rejouer les partitions de la folie paternelle qui, comme le disait J. André, ne se situe pas du côté de la décevante inévitable défaillance (un bon thérapeute ne restera toujours qu'un *thérapeute suffisamment bon*) mais plutôt du côté de l'*incarnation* de la toute-puissance qui ne cherche qu'à obtenir l'admiration au-delà de l'amour inconditionnel de son patient déjà fragilisé par de probables accidents de la séduction issus d'une précédente relation asymétrique.

Il me semble par conséquent qu'au-delà d'accompagner les patients en psychothérapie, le psychologue d'obédience analytique en institution se doit d'accompagner quotidiennement l'équipe de soin dans un travail de réflexion et d'auto-analyse nécessaire pour *désadiser* les relations d'emprises sur *l'objet patient*. Il apparaît en effet indispensable que les conflits narcissiques et les désirs de voracité d'amour mélancolique des adultes ne viennent s'immiscer dans le projet de soins d'une adolescente déjà bien en difficulté pour exister en dehors de son négatif. C'est ainsi que je défends et soutiens l'idée selon laquelle le soignant de psychiatrie doit obligatoirement être capable d'accepter de soigner son patient sans avoir envie de le guérir. En effet, la volonté de guérir coûte que coûte son patient dans une *furor sanandi* peut paradoxalement devenir l'obstacle principal de la dynamique de soin.

10.1 Hélène

J'ai choisi le pseudonyme d'Hélène en référence au mythe de la guerre de Troie, déclenché par *Paris* en enlevant *Hélène*, la plus belle femme du royaume, cependant mariée à *Mélanas* le roi de Sparte. Hélène est une jeune adolescente qui comprend que sa beauté peut générer des conflits intra et intersubjectifs. En enlevant sa beauté, elle se libère de toute menace de débordement mais déclenche une guerre terrible entre elle et sa voix anorexique.

10.1.1 Histoire d'Hélène

« J'ai peur d'avoir envie » ! Cette expression est sans doute l'un des aphorismes le plus caractéristique de mon travail de thèse. Nous le devons à Hélène, qui après avoir passé six mois d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie, a fini par avoir cette « révélation » (après un long temps passé en médiations thérapeutiques, psychodrame, groupe de parole, entretien individuel).

Si les années passent, et les souvenirs avec, la rencontre avec Hélène ne peut s'oublier. Hélène avait ce jour un rendez-vous aux alentours de midi avec le Dr F. Après deux semaines de pédiatrie qui s'étaient plutôt bien passées, Hélène était convaincue de rentrer chez elle après sa consultation. Mais ses parents, loin d'être dupes, avaient bien conscience des fourberies de leur fille, au-delà de percevoir tout son mal-être (mal être qu'elle savait cacher derrière son large et radieux sourire). Ils avaient en effet prévu la valise dans le coffre de la voiture au cas où le Dr F. déciderait d'hospitaliser leur fille.

Après plus d'une heure d'entretien, de réassurance et de négociations, les parents d'Hélène s'en allèrent, laissant leur fille un peu froissée par cet abandon. Hélène est hospitalisée.

Nous sommes un mardi et le groupe de psychodrame est sur le point de commencer. Le Dr F. est en retard, la secrétaire m'a prévenu. Rien d'anormal jusqu'ici. Mais acte manqué ou délibérément conscient, la pédopsychiatre arrive directement au groupe de psychodrame accompagnée d'Hélène, sans m'avoir prévenu de sa présence. J'avais déjà commencé le groupe (sachant que le Docteur allait avoir un peu de retard...). Phase d'échauffement, les adolescentes marchent de long en large dans la salle au rythme variable d'un tempo *Adagio ou Presto* (très bas, très rapide et ainsi de suite de façon aléatoire). Quand le Dr F. et Hélène entrent dans la salle de groupe, nos trois regards, différemment stupéfaits, se croisent dans une expression signifiant tout autant la confusion que la stupéfaction.

Je ne m'attends effectivement pas un instant à voir arriver le Dr F. avec une adolescente que je ne connais pas, surtout pour une séance de psychodrame. Quant à Hélène, je pense qu'elle n'oubliera jamais ce jour. Déjà déboussolée et attristée d'être hospitalisée, se retrouver en plus confrontée à un groupe de filles toutes aussi maigres que blafardes en plein va et vient dans une salle de jeux pour enfants ? Ce n'est en effet pas le meilleur accueil que l'on puisse faire à une adolescente déjà perturbée par la décision de l'hospitalisation. Nous avons créé à ce moment-là je pense, un souvenir qui après coup, nous fait encore bien rire. Que ce soit le Dr J., le Dr F. ou moi-même, nous sommes tous les trois réputés au CMP pour notre « souplesse ». Un brin « tête en l'air »

(avec quoi nous savons jouer lorsqu'il le faut), les approximations de ce genre sont courantes. Nos patients y sont d'ailleurs habitués et je pense pouvoir dire sans me tromper, qu'ils apprécient la facilité avec laquelle nous pouvons nous rencontrer. Même mes retards répétés ne souffrent d'aucune contestation particulière. Ma souplesse peut en effet, au-delà d'angoisser les plus stressés, apporter une certaine tranquillité qui peut apaiser les plus anxieux.

Les membres du groupe n'ont pas de réaction particulière à l'arrivée d'Hélène. Aucun commentaire non plus sur le retard du Dr F. Les habitudes entrent parfois dans les normes... Au-delà de Lilou qui bougonne dans sa barbe tout son mécontentement de voir arriver une jeune fille plus « maigre qu'elle⁸²⁵ » (elle l'aurait fait de toute façon dans le service), toutes les jeunes filles accueillent Hélène avec bienveillance et diplomatie. Il est de toute façon impossible de faire marche arrière. Hélène est là, on doit de ce fait l'intégrer.

-« Bienvenue Hélène ! Je m'appelle Pierre Dumont et je suis le psychologue du service. Connais-tu le psychodrame ? ».

Hélène s'amuse encore à m'imiter pendant nos entretiens individuels lorsque je lui retourne des questions qu'elle considère trop « intellectuelles ». Mais comment ne pas se moquer. Rares sont les collégiens qui connaissent J.L. Moreno...

Par chance, les adolescentes présentes ce mardi se connaissent bien. Guillemette, dans le groupe depuis plusieurs séances présente le psychodrame à Hélène, sous forme de jeu avec des chaises pour « montrer » les règles puis, avec les autres filles du groupe pour montrer « à quoi ça sert ». Malgré son grand sourire et son contact à l'autre plutôt facile, Hélène reste silencieuse et ne bouge pas de sa chaise de toute la séance. Elle nous dira après coup : « j'avais vraiment l'impression d'être chez les fous ». Et comment ! Imaginez arriver dans un endroit où des ados filiformes marchent dans tous les sens, rapidement, puis lentement, tête baissée sans se parler. Imaginez quelqu'un vous présenter une psychothérapie en utilisant des chaises qui représentent une règle, un cadre, un besoin, une envie... Imaginez un groupe se parler en utilisant que des mots de fruits ou de légumes mais en donnant le ton d'une conversation sous tension (le jeu par lequel j'ai remplacé le « psychodrame » qui devait initialement suivre. J'ai en effet fait jouer au groupe un « échauffement » de théâtre pour rendre la séance plus ludique afin qu'Hélène ne se retrouve pas sous l'emprise d'une scène dramatique insoutenable. Au regard de son histoire, je crois avoir intuitivement bien fait).

Hélène a 13 ans lorsqu'elle se retrouve hospitalisée au CHU. Originnaire de la campagne auvergnate un peu reculée, cadette d'un couple d'ouvriers agricoles depuis plusieurs générations, elle arrive selon ses dires « à la ville », dépourvue de repères et des codes de la jeunesse dite citadine⁸²⁶. Hélène est bavarde, spontanée et rigolote. Toujours souriante et extrêmement avenante, sa présentation diffère un brin des stéréotypes anorexiques. Il est donc fréquent d'entendre des soignants souligner ce « décalage » par rapport aux autres patientes TCA. « Ce n'est pas une vraie anorexique » disent certains

⁸²⁵ Elle me le dira après coup, même si je l'avais déjà bien compris au vu de son regard noir lancé en direction d'Hélène

⁸²⁶ Pour autant, avec les réseaux sociaux, les décalages esthétiques entre les grandes villes et les campagnes tendent à disparaître.

soignants. Là est le piège de l'illusion de la maîtrise car Hélène est bien prise au piège d'un fonctionnement psychopathologique destructeur.

Peu prise au sérieux par certains soignants qui ne voient dans sa maigreur qu'une expression dépressive du mal-être classique adolescent, Hélène va cependant connaître dans le service une terrifiante descente aux enfers où tout un ensemble de complications somatiques vont la menacer d'un transfert en réanimation : pesée atteignant à peine les 28 kilos (pour 1m58), bradycardie, hypotension, hypercaroténémie, leucopénie et autres troubles du métabolisme... Au-delà de ces symptômes, ce sont surtout ses comportements qui nous révélèrent toute la hauteur de sa souffrance. Hélène s'arrange pour récupérer le moindre contenant pour boire de l'eau la nuit d'avant pesée : elle vole des verres dans la cuisine du service, le seau du ballet de toilettes souillé d'excréments, des haricots en carton dans l'infirmerie. Si Hélène boit l'eau des toilettes avant certaines pesées, elle est capable d'uriner dans un coin de sa chambre lorsque ces dernières lui sont fermés. Elle peut se faire peser avec des piles cachées dans son soutien-gorge ou cacher des aimants en plomb dans ses chaussettes. Elle s'inflige des séances de sport invraisemblables. Championne du gainage, elle se vante encore aujourd'hui d'avoir tenu 10 minutes sur les coudes sans difficulté.

Sans contrat de poids, Hélène est partie en permission pratiquement tous les week-ends malgré son mauvais état de santé général. Elle était jeune, en demande d'être en famille, de profiter le temps d'un instant de vie de son statut de malade auprès de ses parents, attentifs et bienveillants à son égard, attendris par son mal être, attristés par leur impuissance. Pendant de longues semaines, Hélène nous a invité au bal des fatalités établies. En effet, toutes les pesées se sont ressemblées : + 800g le lundi, - 800 le jeudi... Parfois moins, parfois plus... Les écarts entre le lundi et le jeudi n'ont jamais dépassé les 200 points. Une fois réglée, Hélène a dansé sur ce tempo pendant de longues semaines. Nous n'étions pas dupes, mais son déni si puissant à cette époque ne pouvait l'autoriser à nommer ce va et vient si connu dans nos services. Dès que le sujet était abordé, elle nous répondait tout naturellement qu'il lui était plus facile de manger à la maison. Mais on connaît la chanson, il est surtout beaucoup plus facile de se gaver d'eau, de soupe ou de bouillon lorsque l'on est chez soi. Malgré tous les espaces thérapeutiques mis à sa disposition, Hélène s'est effondrée en hospitalisation, aussi bien physiquement que psychologiquement. L'hospitalisation lui était difficilement supportable malgré les permissions. Nous avons un moment « recadré » les choses en accord avec ses parents en limitant les temps à l'extérieur du service. Mais son état de santé s'est malgré tout aggravé. Lors d'un entretien individuel, Hélène va cependant se livrer sur l'un de ses besoins : « je sais que mon problème est un problème psychologique ! J'ai besoin de parler. C'est ici que je réglerai les choses... ».

10.1.2 L'emprise sur l'objet ou la tentative d'exister

Avant de démarrer une séance de psychodrame, les adolescentes discutent d'un sujet qui anime les cours de récréation : le consentement. De nombreux débats houleux s'agitent en effet sur la toile des réseaux sociaux. Des jeunes lycéens québécois viennent de faire le buzz. Ils sont allés en cours en jupe pour soutenir leurs camarades féminines victimes de sexisme par certains professeurs de leur établissement. Du comportement

obscène et libidineux d'adultes envers des lycéennes aux révolutionnaires féministes d'un nouveau genre, les objets d'indignation et de discussion ne manquent pas.

Loin de nous l'idée de tendre l'oreille ou de nous mêler de ce qui ne nous regarde pas, mais nous leurs suggérons malgré tout d'arrêter leur passionnante conversation afin de ramener cette histoire au sein du temps alloué au jeu psychodramatique. Peut-être que certaines aimeraient dire ou faire quelque chose ? Mais nous comprenons vite que ce débat a fragmenté le groupe. En effet, si quelques-unes semblent trouver le comportement des ados nord-américains courageux et respectueux, d'autres n'approuvent pas du tout leurs attitudes qu'elles jugent « démagos » et « de toute façon inutiles » face aux comportements inadmissibles des vieux profs monstrueux. L'une d'elle nous dira : « de toute façon, jeune ou vieux, ils pensent tous à la même chose ».

Hélène est devenue une habituée du psychodrame. Le temps de son premier groupe silencieux est désormais lointain. Elle ne manque jamais les séances et participe fortement à la bonne dynamique de groupe. Elle est en effet force de proposition pour les jeux et n'hésite pas à inviter les plus inhibées à exprimer leurs préoccupations psychiques. Hélène parle beaucoup mais ne dit étonnamment pas grand-chose d'elle. En effet très active à tout point de vue, elle échappe à l'introspection et se défend sans ménagement contre les sollicitations implicites.

-Hélène : « je n'ai pas envie de parler de cette histoire. Je m'en fous d'eux, des gars comme des profs ».

-Le psy : « pourquoi n'as-tu pas envie d'aborder le sujet québécois ? »

-Hélène : « je sais pas, j'en pense rien... »

-Le psy : « as-tu alors envie de jouer quelque chose de particulier aujourd'hui ? »

Hélène a une idée de jeu. Elle aimerait jouer un psychodrame mais craint que nous refusions. Je me permets de lui rappeler que tout peut se discuter, se parler ou se jouer. Après un petit temps de négociation courtoise, Hélène nous annonce qu'elle adorait jouer un repas de l'hôpital, celui qui se déroule dans le service de pédopsychiatrie. Je suis un peu surpris car je ne pensais pas qu'un tel thème, très courant dans ces groupes, puisse lui faire ressentir une autocensure. Hélène n'a généralement aucun mal à renvoyer aux soignants leur médiocrité. Nous lui demandons alors pourquoi elle s'imaginait un refus de notre part.

-Hélène : « j'ai eu peur que vous ne soyez pas contents que je dénonce des choses ». (Aucun jeu, ni aucune discussion n'avait débuté qu'Hélène nous soulignait déjà sa crainte d'être fâchée si elle se laissait aller à dire ou à faire ce qui lui apparaissait important).

Je lui propose donc, sans trop lui laisser le temps de réfléchir, de se lever et d'installer la scène. Hélène installe une salle à manger identique à celle du service puis nous raconte ce qu'elle aimerait jouer. Elle désire prendre le rôle d'une infirmière et demande à Joséphine, une adolescente du même âge qu'elle, de jouer son binôme. C'est Angélique qui est appelée pour jouer une patiente anorexique hospitalisée. Les trois autres adolescentes présentes ce jour refusent de jouer mais expriment toute leur joie d'être complice et témoin d'une telle scène. A la demande d'Hélène, le jeu démarre en cuisine, lieu où les plateaux sont préparés par les IDE. La cuisine est ouverte sur la salle à

manger ce qui offre aux adolescents une place de choix pour observer/écouter les manigances des soignants peu suspicieux.

-L'infirmière : « elle a quoi à bouffer l'autre aujourd'hui ? »

-La binôme : « ben regarde c'est écrit là, y a sa fiche »

-L'infirmière : « on s'en fout, on lui donne que des légumes, ça la déconstipera »

-La binôme : « c'est vrai qu'elle nous fait bien chier avec ses légumes, on va lui mettre des féculents »

-La patiente : « euh... je vous entends vous savez ? »

-L'infirmière : (d'un ton mielleux) « Et voilà miss ! On te propose pas d'entrée parce que tu ne la mangeras pas. Mais tiens, tu as du riz comme féculents, TES légumes bien huileux et un poisson pour les protéines. Et non, le pain ne sera pas compté comme une portion de féculent... (petit rire) ».

-La patiente : « je peux avoir un peu d'eau ? »

-La binôme : (d'un air enfantin tout aussi mielleux) « oui mais je vais te servir parce que tu ne dois pas trop boire d'eau pour tes seins, hein ? (Rires) Heu, tes reins...Tu en bois beaucoup trop de l'eau, hein ? Avant tes pesées surtout, hein ? »

Les deux « soignantes » éclatent de rire. Je suppose à cet instant que le lapsus « tes seins » est venu compromettre le message car Angélique (dans le rôle de la patiente anorexique) et les trois spectatrices ne semblent pas avoir entendu, traduit ou compris. J'arrête le jeu et demande à Hélène de nous dire ce qu'elle ressent. « Je rigole mais ça me saoule ! » nous dit-elle, à la fois agacée et amusée par cette scène qui semble révéler la réalité interne de son vécu subjectif. Une fois l'excitation retombée, nous demandons aux adolescentes de reprendre le jeu et aux infirmières de mener le repas à son terme. Je ne relève pas, peut-être à tort, le lapsus de Joséphine « tes seins » (dans le rôle du binôme).

Lors des échos, le groupe s'est retrouvé autour d'une problématique commune : « les soignants nous traitent comme des gamines idiotes ». Je ressens une envie de leur retourner, au vu de jeu, que l'inverse semble également vrai au regard de leur interprétation un brin caricaturale. Mais chacune leur tour, elles fustigent les attitudes soignantes et critiquent allègrement leurs mauvais positionnements : « ils comprennent rien » ; « ils nous parlent que pour nous engueuler » ; « tout ce qui les intéresse, c'est qu'on mange et prenne du poids ».

Lors de cet échange, les trois adolescentes spectatrices partagent un écho un brin différent des trois autres. Si elles ont lors de la mise en place du jeu apprécié fustiger et ridiculiser les soignants, elles nous confient s'être très vite retrouvées sans voix, angoissées. Je leur demande ce qu'elles ont ressenti lors du jeu pour se retrouver dans cet état mais toutes les trois sont incapables de répondre. « Je me sens juste trop mal, mais je sais pas pourquoi », nous confie l'une d'elle, alors qu'une autre nous répond « je sais pas » à toutes nos questions. Elles ont en effet vécu la scène dans la passivité, confrontées à l'objet sans pouvoir agir, intervenir, sadiser ou se délecter. L'excitation pulsionnelle a semble-t-elle débordé leur capacité de symbolisation et de mentalisation (contrairement aux trois actrices qui ont pu décharger la poussée d'excitation hors de leur corps en sadisant et fécalisant l'objet, c'est-à-dire en retournant l'activité masochiste en activité sadique), court circuitant ainsi les mécanismes de défenses, effractant et désorganisant l'appareil psychique. Les trois spectatrices, coincées face à la scène, nous donnent

l'impression d'avoir vécu ce que R. Roussillon appellerait une « douleur agonistique »⁸²⁷, un état d'effroi dans lequel la montée pulsionnelle se retrouverait sans issue (ni interne, ni externe). Des traumatismes précoces, liés à une réponse inadéquate de l'objet, semblent avoir resurgi et provoqué un état de déliaison pulsionnelle chez nos trois adolescentes. V. Estellon⁸²⁸ rappelle que le sujet sidéré se retrouve paralysé et ne peut élaborer sur le conflit interne qui le déchire. L'insupportable passivité infantile semble avoir resurgi dans le comportement actif et séducteur des « deux soignantes ».

Le lendemain, en entretien individuel, Hélène est en colère. Elle ne sait pas me dire pourquoi. Elle me reparle des échos de sidération des trois adolescentes. Elle s'en veut, et s'accuse de leur avoir fait du mal.

-Hélène : « j'étais trop mal hier après le groupe, mais je ne savais pas pourquoi. J'ai eu l'impression que mon jeu a fait du mal à tout le monde ; On rigolait pourtant bien au départ. Mais après, je me sentais trop bizarre et je n'arrêtais pas de penser à ce truc que j'ai vu un jour... ».

-Le psy : « souhaites-tu m'en parler ? »

-Hélène : « je sais pas, j'ai un peu honte... »

-Le psy : « je comprends, mais n'oublie pas qu'ici, tu peux raconter tout ce qui te semble important ».

-Hélène : (après un long silence) « c'est rien, juste un jour en pédiatrie, j'ai vu une fille avec une longue sonde qui pendait depuis son nez, j'arrête pas d'y penser depuis ».

10.1.3 Du viol psychique à la haine des hommes

Un an après l'entretien décrit ci-dessus, Hélène participe à une séance de psychodrame dans laquelle une adolescente demande à jouer une scène d'un repas à l'hôpital. Le déroulement de la séance se passe à quelques détails près de façon assez similaire à la séance que je viens de présenter. Les affirmations révolutionnaires des adolescentes s'engagent toujours dans une dynamique anale et l'objet soignant, afin d'être contrôlé, reste fécalisé pour le meilleur comme pour le pire. Les membres du groupe font bloc. L'Anorexie agit toujours comme une tentative fragile de subjectivation, telle une récupération narcissique un peu bancal mais opérante. Hélène semble cependant un peu décalée du reste du groupe. Elle est sortie d'hospitalisation depuis quelques mois. Elle est scolarisée à temps complet et ne vient que deux demi-journées par semaine pour un temps en psychodrame et un temps d'HDJ qui me permet de la rencontrer en entretien individuel. Elle lutte contre ses terribles fantasmes de débordement et la dernière séance du psychodrame l'a mise à mal : « Elles sont toutes trop maigres, mais je suis une grosse vache maintenant ». Lors de l'entretien individuel qui suivra cette séance de psychodrame, Hélène me reparle de notre discussion d'il y a un an, sur ce « truc qu'elle a vu en pédiatrie » :

⁸²⁷ (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, 155, 41-46.

⁸²⁸ Estellon, V. (2012). « Avant-propos. Les cliniques de l'extrême aujourd'hui ». In V. Estellon & F. Marty (Dir.). *Cliniques de l'extrême* (pp. 17 – 21). Paris : Armand Colin.

-Hélène : « Vous vous rappelez de cette conversation ? »

-Le psy : « oui très bien, il me semble que tu avais vu une fille avec une sonde qui pendait, c'est ça ? »

-Hélène : « Eh bien oui mais, j'avais trop honte de vous en parler, je vous ai menti. J'ai vraiment vu une fille avec une sonde qui pendait quand j'étais en pédiatrie, mais ça je m'en fous, ça m'a rien fait ! Ce n'était pas de ça dont je voulais vous parler ; j'en avais trop dit alors j'ai raconté cette histoire de sonde qui pend ».

-Le psy : « mais peut-être que ces deux histoires ont un lien ? »

-Hélène : « peut-être, si vous le dites »

-Le psy : « Oh non, je n'insinue rien, je tente simplement de t'aider à mieux comprendre. Mais peut-être as-tu besoin aujourd'hui, de me raconter quel est ce « truc » que tu as vu ? »

-Hélène : « Ce que je sais en tout cas, c'est que les garçons sont tous des porcs qui ne pensent qu'à ça... ».

Hélène finit par me raconter que lorsqu'elle était en sixième, les garçons de sa classe s'amusaient à piéger les filles. Le but du jeu était selon ses dires de « choquer » le plus possible. Le piège consistait à demander de l'aide pour un exercice à réaliser sur une tablette ou un ordinateur. Lorsque la jeune fille venait pour apporter son aide, son regard se posait automatiquement sur l'écran. A ce moment-là, le garçon ouvrait une autre page sur laquelle tournait une vidéo pornographique. La jeune fille, figée face à l'écran, était contrainte de regarder malgré elle la violence de la scène... La victoire était attribuée à la fille qui avait visionné le moins longtemps la vidéo (cela voulait sans doute dire que le contenu choisi au préalable par le jeune collégien était insoutenable et que sa victime jetait l'éponge à la façon d'un coach de boxe pour stopper le cauchemar avant la catastrophe). Le garçon « meilleur provocateur » était alors reconnu par ses pairs comme le plus grand, le plus dur, le plus fort. Symboliquement et aux yeux des autres, c'est lui qui le temps de son succès, avait « la plus grosse ». Hélène se rappelle sa première expérience avec ce « drôle »⁸²⁹ de jeu. Elle était restée totalement sidérée devant l'image. Totalement choquée par la violence de la scène (visiblement de type BDSM⁸³⁰ selon les détails de ses propos), Hélène a pendant plusieurs semaines fait de violents cauchemars. Des flashes et des reviviscences des images traumatiques lui gâchent encore certaines journées. Après s'être demandée si ses parents étaient capables d'une telle chose, si son père était capable d'une telle violence sur sa mère, elle s'arrêta de manger comme pour oublier : « Haïr mes parents ou me faire du mal ? J'ai préféré me faire du mal car c'est moi la coupable ». Dans la suite logique de son questionnement, j'ai hésité à lui demander si elle pensait également que son père aurait pu agir sur elle de la même façon. Mais je n'ai pas osé, probablement par crainte d'endosser un rôle d'effracteur, bien conscient pourtant, comme le dirait J. Schaeffer, que ce rôle se caractérise aussi par une fonction nourricière.

Franchir le seuil de la sexualité est difficile après ces expériences de déception et de dégoûts que convoquent l'adolescence. Pourtant, aucune « agression » physique au sens propre du terme n'est racontée dans l'histoire d'Hélène. Mais nous pouvons

⁸²⁹ C'est ainsi qu'elle me le présente la première fois, avant d'employer par la suite d'autres adjectifs : sale, ignoble et débile...

⁸³⁰ BDSM : ensemble des pratiques sexuelles faisant intervenir le bondage, les punitions, le sadisme et le masochisme.

cependant parler d'un véritable *viol psychique*, au sens de V. Marinov. De plus, « céder n'est pas consentir »⁸³¹ nous rappelle C. Leguil. Une agression a donc bien eu lieu. La sensation de *passivation*, celle où l'autre nous force à regarder, sentir, toucher, peut en effet s'avérer bien plus traumatique qu'il n'y paraît et réveiller des traumatismes précoces et/ou secondarisés par la séduction. On peut se demander ce qui a provoqué l'effroi chez Hélène lors de la vision de la vidéo ? Le retour du refoulé et de la culpabilité œdipienne ? Mais le contenu visuel n'aurait-il pas simplement fait effraction dans son appareil psychique immature et provoqué une terrible sensation de responsabilité ? « C'est moi la coupable » me disait -elle ! Ainsi le terrible secret gardé serait-il resté dans la crypte où la répression règnerait en maître ? Je m'appuie sur les travaux de N. Abraham et M. Torok pour répondre :

« Du crime qui pèse du poids de la réalité, comment se défaire ? On pourrait penser que lorsque le secret devient trop lourd à porter il suffit d'accepter l'exquise défaite qui consisterait à s'en décharger. La tension devenue intenable, on se rendrait au commissariat et on se constituerait prisonnier. « Se mettre à table », quel doux repas ! le rêve de tout cryptophore. De fait, ne se rend-il pas, lui aussi, chez l'analyste dans le but de se dénoncer ? »⁸³²

10.1.4 Au fil du temps et de la désillusion

Hélène ne participe plus au psychodrame depuis deux ans. Elle a désormais 16 ans et après une longue période de boulimie, elle commence à retrouver un équilibre entre restriction et débordement. Elle expérimente ses premières expériences sexuelles et trouve dans l'espace thérapeutique individuel la place pour déposer toute la culpabilité qu'elle éprouve au regard de ses envies d'amour. Lors d'un entretien, Hélène ne se sent pas bien. Elle dit se dégoûter, se sentir terriblement monstrueuse. Hélène a des envies suicidaires, elle s'est scarifiée les cuisses. Après un long temps de latence, elle me raconte son week-end, une soirée qui tourne mal, des préliminaires qui dérapent... Avant même que je fasse le moindre commentaire, elle me demande l'autorisation de me poser une question. Je lui rappelle que tout peut être raconté, déposé ou demandé, et que je poserai de toute façon des limites si cela me semble nécessaire.

-Hélène : « Vous avez des enfants ? », avant de se reprendre immédiatement et d'ajouter : « Non, vous ne pouvez pas avoir d'enfant... Vous ne pouvez pas être père, vous êtes saint vous... ».

Je suis stupéfié par sa remarque. Je me sens réduit à un objet partiel, amputé, coincé dans une dysmétrie soma psyché destructurante. Je me sens la victime d'un bourreau dont la hache vient de cliver l'unité substantielle de mon être. Pourrais-je devenir aux yeux d'Hélène un porc qui ne pense qu'à ça ? Ou ma supposée sainteté qu'elle m'accorde viendrait-elle mettre à jour son amour de transfert ? Serait-elle alors encore dans le déni car « la sainteté semble l'expérience corporelle où culmine le déni du corps »

⁸³¹ Leguil, C. (2021). *Céder n'est pas consentir*. Paris : Puf

⁸³² Abraham, N., Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.254.

⁸³³ ? Je ressens une certaine crainte, probablement sensible à l'idée d'être pris en flagrant délit d'humanité, car cette monstrueuse sexualité de l'homme vit probablement en moi, comme chez n'importe qui. Je la contiens sûrement très bien, au-delà peut-être de la refouler... Mais si Hélène découvrait la supercherie, si elle découvrait que je suis tout sauf un saint, juste un homme, faillible et encore loin d'être sage ? Cela l'aiderait-elle à faire l'expérience de la sécurité dans une relation duelle avec un homme qui n'attend rien d'elle du côté du sexuel ou au contraire, cela l'effondrerait-elle ? Ai-je peur pour moi, ai-je peur pour elle ? Ai-je peur pour ma réputation, ou pour la relation thérapeutique ?

Il me semble en tout cas que son propre clivage vient me contaminer. Sa « peur d'avoir envie... » (...de m'aimer ?) me fait prendre une certaine distance. Après sa question, je sens que je me referme, je croise automatiquement les jambes et les bras. Je garde le silence. Je sais que comme pour beaucoup d'adolescentes anorexiques, Hélène a du mal à supporter son père : « Il fait toujours des blagues de cul, il me dégoûte », et ne se prive pas de rajouter quelque fois : « Pas comme vous, vous êtes pas comme les autres ».

Que vient-il se jouer ici dans le transfert ? Quel rôle est-elle en train de me faire jouer ? J'ai conscience que la réalité peut être destructrice et que je suis à cet instant l'objet idéalisé sur lequel son roman illusoire peut venir trouver un support. Mais je sais que cette longue première phase d'idéalisation précède de façon automatique (peut-être sublimatoire ?) la phase de désinvestissement de l'objet. Entre fantasme d'attaque et idéalisation d'objet, Hélène laisse entrevoir un clivage toujours autant opérant sur son corps (énorme ou maigre) et moi (saint ou porc).

Soucieux de ne pas générer plus de confusion là où les projections peuvent en créer, je suis resté silencieux, faute de mieux... J'ai cependant bien conscience que l'absence de réponse n'arrange pas les affaires du clivage, au contraire, elle le solidifie. Hélène n'a pas supporté ce long et lourd silence. Elle s'est après coup excusée et m'a demandé d'oublier sa question. Incapable de lui répondre à ce moment-là, je lui demande si elle a rêvé. Comment d'habitude, elle me répond que non. Fin de séance.

A ce moment, j'ai en tête deux scènes qui se sont jouées avec son père qui me reviennent. Lors d'un rendez-vous chez la pédopsychiatre, j'avais croisé dans le hall du CMP les parents d'Hélène. Son père m'avait gentiment interpellé pour me saluer avant de me déposer toute sa peine sur un ton un peu plus froid : « notre fille va mieux mais aujourd'hui, il n'y a que vous qui comptez. Elle ne veut plus me parler ». Quelques mois plus tard, une autre scène similaire se rejoua. En raccompagnant en salle d'attente un patient auprès de ses parents, j'ai recroisé le père d'Hélène qui avait rendez-vous avec la pédopsychiatre. Il me fixa et, sans avoir le temps de m'échapper, il m'interpella d'une façon assez similaire de la scène précédente : « Bonjour ! Juste pour vous dire, Hélène va pas trop mal mais avec moi c'est vraiment compliqué, elle ne supporte même plus que je la touche... ».

Au-delà de la rivalité qu'il fait jouer entre lui et moi, on peut ressentir dans ses commentaires à quel point Hélène pourrait se sentir traversée par la passion du père séducteur et en demande de proximité (tout aussi affective que corporelle). Et si ses allusions au toucher - « elle ne supporte pas que je la touche » - ne se réfère en rien de prime abord au signifiant masturbatoire, il n'empêche que la sensation du contact

⁸³³ Assoun, P. (2004). Le corps saint: Du déni à la jouissance. *Champ psychosomatique*, n^o(sup> 33), 11-27.

corporel d'une main sur son épaule, réelle ou supposée, peut mettre Hélène dans un état de colère cataclysmique.

Lors de la séance suivante, j'ai demandé à Hélène si elle se rappelait de la question qu'elle m'avait posée et si elle se souvenait pourquoi elle me l'avait posée. Hélène se rappelait très bien mais se confondit de nouveau en excuses et me demanda de ne plus jamais en reparler. Nous sommes passés à autre chose, la suite à fait le reste...

10.1.5 De la haine du psy à l'ouverture à la psychosexualité

Confrontée à de la pornographie sadomasochiste à douze ans, on était loin de se l'imaginer lorsqu'on nous avons rencontré Hélène. Et pourtant, la pornographie et la sexualité sont des sujets qui mettent sous pression tous les adolescents. Au-delà de l'excitation sous-tendue par ses thèmes, les adolescents en quête de solutions pour se débarrasser de leurs sensations encombrantes, profitent des temps de thérapie pour se confier, questionner, raconter et vérifier ce qui leur semble normal ou non. C'est ainsi que certains membres du groupe de psychodrame ont raconté leurs mauvaises comme leurs extraordinaires expériences sexuelles. De l'agression aux premières explorations romantiques, c'est tout ce à quoi renvoie le sexe qui peut être abordé. Parler sexe, parler « cul » comme les ados disent, c'est en effet discuter des sensations les plus terrifiantes aux plus merveilleuses. Parler « sexe », c'est en effet parler d'intrusion, de soumission, de viol, tout autant que de fantasmes, de jouissances, d'orgasmes ou de Nirvana. L'objet sexe, organisateur du pire comme du meilleur, objet de plaisir ou de trauma, l'ambivalence à son paroxysme, a percuté Hélène bien au-delà de ce qu'on aurait pu supposer. Le viol psychique, au sens de V. Marinov, semble bien avoir eu lieu à travers la vision des films pornographiques. Ont-ils réveillé des épines traumatiques issues des accidents de la séduction ? Hélène m'accuse en tout cas peu de temps après ce dernier entretien de l'avoir « guérie » de l'anorexie, de l'avoir encouragée à se laisser à la vie bonne, et par conséquent, à déborder : « avant j'étais maigre et je mangeais rien, aujourd'hui je suis une grosse vache dégueulasse qui fait que péter⁸³⁴. Je vous ai écouté je n'aurais jamais dû... ».

En me désinvestissant subitement, j'ai ressenti au départ une forte inquiétude, celle d'être à mon tour moi-même débordé par la tentative de domination qu'Hélène cherchait à exercer sur moi. Du « psy saint » ou « psy coupable » ? Je repense à la crypte, à sa serrure énigmatique et à sa clé introuvable. Mais je n'ai pas cette clé et je me réfugie dans mes réflexions théoriques pour fuir mes responsabilités. Par égo, j'ai envie de lui proposer d'arrêter la thérapie ou de changer de psychologue. Mais je sais que cette attitude est défensive. Je reste silencieux et continue de l'écouter déverser sa « haine du psy ». Depuis quatre ans, Hélène a beaucoup parlé, beaucoup raconté. Mais elle m'avait prévenu au départ : « c'est ici que je réglerai les choses », qu'elle réglerait ses comptes ? Je l'aurais, selon ses dires, encouragée à se laisser aller à déborder, à « péter » comme

⁸³⁴ Hélène emploie souvent ce mot dans le sens d'exploser, se lâcher, manger. On entend ainsi toute la contamination anale sur la fonction orale.

elle dit et ainsi, laisser la pulsion orale s'imprégner de la dimension anale afin de déployer sa voracité boulicannibalique et faire le deuil de ses illusions perdues. Je constate en effet que sa frénésie privative a laissé place depuis quelque temps à une frénésie de remplissage dans laquelle, les objets incestueux ne peuvent cependant plus la pénétrer. En effet, depuis le basculement boulimique, elle est moins en colère contre son père et les hommes en général. Elle s'ouvre maladroitement à la sexualité génitalisée et en parallèle, je deviens à mesure que la thérapie avance un objet de haine, un objet à rejeter. Elle avait au départ investi l'espace thérapeutique pour s'excuser, « c'est moi la coupable » disait-elle, déposer le terrible secret resté caché dans la crypte du silence et du déni. Trop lourd à garder, elle s'est déchargée en thérapie de la tension insupportable qui la menaçait d'effroi à chaque repas. Elle s'est dénoncée auprès de moi, je l'ai probablement indirectement rassurée et déculpabilisée... Elle a fini par m'accuser, la boucle était bouclée...

Je soutiens l'idée qu'en me destituant de ma supposée « sainteté », Hélène a pu investir d'autres objets et investir son narcissisme de façon moins destructrice. En effet, tout investissement implique au départ une certaine forme d'idéalisation où l'objet est *ipso facto* la source d'une satisfaction dont la valeur reste exagérée et surestimée. C'est ainsi qu'Hélène a certainement pu donner sens à notre relation thérapeutique tout en se dévaluant très fortement. Mais l'idéalisation semble alimenter les mouvements souterrains des défenses primitives au-delà de renforcer les éléments constitutifs du déni de soi et des réalités. De ce fait, l'investissement d'un objet idéalisé (tel qu'un psychologue saint et ascétique) a conduit Hélène dans une impasse, une impasse idéalisante dans laquelle la mise à distance de l'ordre érotique lui a été possible. Hélène est cependant restée coincée dans une idéalisation défensive qui a paradoxalement révélé l'expression d'un désir contradictoire. En effet, l'idéalisation pourrait s'entrevoir comme une défense qui consisterait « à remplacer ce qui fait souffrir par une croyance déformée, facile à contrôler »⁸³⁵. Garant de son comportement ascétique, j'ai semble-t-il, à l'instar d'un surmoi humain, permis à Hélène de lutter contre ses fantasmes de voracités négatives emprunts d'échos incestueux, tout en lui offrant une certaine forme de sauvegarde narcissique. Mais en me désinvestissant et en me retirant ma prétendue sainteté, Hélène a pu se réconcilier avec l'insupportable fatalité humaine (je ne suis qu'un homme au-delà de faire ce que je peux pour être suffisamment bon) et s'accorder avec des éléments de la réalité nécessaires pour se réaliser dans son existence et s'ouvrir au monde de la psychosexualité sans trop de résistance. Comme le dirait J. Schaeffer, l'espace thérapeutique a probablement permis à Hélène de passer, grâce au transfert, une étape « d'autoséduction » dans laquelle elle a progressivement pu accepter l'ordre établi par l'ordre érotique. En acceptant de tenir une fonction de double-objet-transitionnel, jetable et malléable, tout en acceptant dans le respect l'émergence de sa sexualité d'adolescente, sans m'angoisser, sans passer non plus par l'acte séducteur, j'ai probablement permis à

⁸³⁵ Tomasella, S. (2015). La folie cachée : Survivre auprès d'une personne invivable. Paris : Albin Michel p. 261

Hélène d'accueillir et d'assumer sa propre sexualité à travers l'espace thérapeutique, « espace d'autoséduction », de réappropriation pulsionnelle, inhérent à la subjectivation.

Après quelques mois d'arrêt, Hélène a repris sa thérapie. Elle se présente désormais dans son discours comme un objet passif littéralement conquis et dominé par les désirs des garçons. Son activité masochiste anorexique et boulimique lui permettait probablement de réécrire et rejouer les scénarios sadiques de ses propres fantasmes afin de contrôler et de se protéger d'une sexualité génitale agie ou subie. Hélène est à ce jour en première année de faculté et continue de façon mensuelle ses entretiens individuels avec moi. L'équilibre entre ses angoisses et ses fantasmes de débordements semble trouver une certaine stabilité dès l'instant qu'Hélène « tombe amoureuse » d'un garçon cependant indisponible. Ce fantasme d'une relation idéalisée semble toujours lui permettre de vivre intensément tout le romantisme amoureux dont elle rêve, tout en lui permettant de mettre à distance l'activité d'une relation effective et d'un amour agi. L'objet fantasmé semble venir combler le précipice affectif qui la caractérise tout en la protégeant de l'effroi que la jouissance sexuelle lui procurerait. Ainsi, Hélène n'a plus peur d'avoir envie et peut vivre sa vie d'étudiante en mêlant les plaisirs à ses désirs sans prendre le risque de réveiller les impressions traumatiques sédentarisées à l'orée de sa conscience...

11.1 Iris

J'ai choisi le pseudonyme d'Iris en rapport à la fleur, l'*Iris*, également appelée l'orchidée du pauvre, connue pour sa capacité à supporter les températures négatives de l'hiver. Jolie fleur aux nombreuses vertus, l'*Iris* est notamment réputée pour résister au gel. Iris, comme son nom l'indique, est une adolescente qui a survécu à l'effacement maternel et à la froideur de son amour.

11.1.1 Histoire d'Iris

Iris a 15 ans. C'est une danseuse de ballet de haut niveau d'un conservatoire prestigieux. Accéder aux scènes des plus beaux opéras d'Europe est son rêve, incompatible avec celui d'anorexie. Elle le sait, son professeur de danse lui a répété plusieurs fois. Malgré tout, Iris a perdu presque 15 kilos lors du premier confinement et l'été qui a suivi n'a pas arrangé les choses. Fléchissement thymique, épuisement moral, la médecin généraliste qui la suit depuis toujours lui propose, probablement épuisée de constater la dégringolade de sa jeune patiente sans pouvoir y faire grand-chose, de rencontrer le Dr F. pour un transfert de suivi médical sur le CMP. Nous rencontrons donc Iris presque un an après le début des prémices de sa décompensation. Très défensive, elle ne comprend pas pourquoi son médecin de famille ne veut plus s'occuper d'elle. Elle se sent abandonnée, un brin trahie et avoue ne pas comprendre une telle décision. Pourtant, Iris présente des signes cliniques inquiétants (anhédonie, aboulie, poids très bas, hypothermie, bradycardie...). Malgré ses 15 ans révolus, Iris nous donne l'impression d'en avoir que 12. Consciente du décalage esthétique avec les jeunes adolescents de sa génération, elle se dit très affectée de faire beaucoup plus jeune que son âge. Iris nous donne l'impression de n'avoir pas grandi, d'être restée coincée au temps des illusions infantiles. De petite taille, coiffée d'une queue de cheval rudimentaire, elle porte des vêtements plutôt classiques qui lui donnent un air authentiquement décalé. Elle se présente malgré tout comme une adolescente qui ne supporte pas sa maigreur et contrairement à la plupart de nos patientes, elle proclame sans rougir vouloir grossir. Adolescente au caractère volontaire qui dépense une énergie folle pour ne pas sombrer dans les abysses morbides de l'anorexie, elle est pourtant bien coincée dans un fonctionnement psychopathologique qui la tue à petit feu.

Iris est la fille unique d'un couple déjà divorcé depuis « presque toujours ». Rare pour ne pas le souligner, l'adolescente vit seule avec son père avec lequel elle entretient une relation plutôt « fusionnelle ». Elle décrit au contraire une relation maternelle beaucoup plus « superficielle » et « sans lien profond ». Toujours en contact, mère et fille s'appellent hebdomadairement (deux minutes au plus) et se rencontrent parfois le temps d'un dîner (une fois par mois). Peu sensible à cette « absence », Iris s'en explique par le fait que son père est tout pour elle : « mon papa, c'est à la fois une mère et un père ». Que ce soit pour les accompagnements aux consultations ou en hospitalisation, c'est effectivement bien le père qui est toujours présent, disponible et coopérant... Remarié avec une femme déjà mère d'un petit garçon, Iris investi affectueusement sa belle-mère comme une « copine » auprès de laquelle tout peut se raconter et se dire. Malgré tout, le

couple vit chacun chez soi. Au-delà des week-ends, Iris et son père cohabitent donc à deux, la quasi-totalité du temps, et l'anorexie ne fait que les rapprocher.

Comme pour beaucoup d'autres adolescentes, Iris a commencé à sombrer dans l'anorexie lors du premier confinement. Au-delà de ce contexte d'isolement, Iris était déjà fragilisée par son entrée au lycée qui ne s'était pas vraiment très bien passée. Ses notes n'étaient plus aussi hautes qu'au collège et ses relations amicales s'étaient dégradées. Pour rendre les choses encore plus compliquées, son niveau de danse avait baissé, les grandes scènes d'opéra semblaient s'éloigner, et ses amies banalisaient selon ses dires la douleur qu'un tel « échec » lui faisait éprouver. Iris commence donc le confinement dans un état psychique déjà fragilisé. Les premiers symptômes apparaissent rapidement. Très vite, l'adolescente est paniquée à l'idée de ne pas pouvoir se dépenser physiquement. Elle diminuera très rapidement ses apports nutritifs et ne ciblera que des aliments hypocaloriques. Abonnée à une chaîne de CrossFit sur YouTube, ses séances de sports vont s'intensifier et s'organiser autour de cadences infernales.

Iris rentre en première lorsque je la rencontre. Le deuxième confinement ne va pas tarder à être annoncé, les fantômes du premier hantent l'adolescente persuadée qu'un deuxième isolement l'anéantirait. C'est une jeune fille timide, peu bavarde et très défensive qui répond « je sais pas » à pratiquement toutes mes questions. Pourtant en demande de thérapie individuelle, elle semble en effet vite embarrassée, voire déconcertée lorsque la discussion s'organise autour de ses ressentis singuliers. Son discours reste celui d'une adolescente qui se déteste dans son corps tout malade, qui désire reprendre du poids pour retrouver son énergie physique afin de reprendre la danse qu'elle aime tant. Aucune volonté de maigrir en apparence. Au contraire, Iris veut prendre du poids. Mais séance après séance, les choses n'évoluent guère... Souriante, polie et toujours reconnaissante de l'écoute qu'on lui apporte, Iris échappe insidieusement aux « sujets qui fâchent » et se défile habilement au travail thérapeutique. Quelques semaines après notre rencontre, le constat est posé : Iris fuit la réalité et « la maladie » continue de gagner du terrain (perte de cheveux, lanugo sèvre, amaigrissement continu). Pour éviter l'effondrement, Iris est hospitalisée en pédiatrie malgré ses fortes contestations. Farouchement opposée et fortement attristée par la séparation qu'implique une telle prise en charge de soins, elle succombera à l'épuisement mélancoliforme et finira en réanimation.

Après son passage en réanimation, Iris commencera une prise en charge en hôpital de jour de la pédopsychiatrie qu'elle accepte avec motivation. Comme évoqué ci-dessus, Iris est en demande de soin psychologique mais semble en réelle difficulté pour aborder dans la dualité les conflits qui sont les siens. Rapidement, je prends conscience que l'espace de la thérapie individuelle renforce ses défenses. Iris semble peu disponible pour aborder dans la sérénité les sujets qui l'angoissent. Constatant que sa situation clinique ne s'arrange pas, on lui propose le groupe de psychodrame de l'unité. Pourtant discrète et timide, elle investit de façon surprenante la thérapie de groupe. Souvent protagoniste et incontestablement « leadeuse » du groupe, elle laisse son inconscient se dévoiler au fil des séances. Ses positions très distinctes entre les différents espaces n'évoluent cependant pas. En demande d'entretiens individuels, elle ne les investit pourtant que très peu malgré le cadre plus intime qu'il offre aux patients. En revanche, l'espace groupal reste le lieu dans lequel, certaines problématiques familiales peuvent émerger, comme si le groupe lui donnait l'occasion de « régler » ses propres comptes avec les différents membres de sa famille. Mais Iris met en scène des ambivalences qui semblent la coincer dans son développement : « des gens m'ont fait du mal mais je n'arrive pas à leur en vouloir ». Nous

faisons alors l'hypothèse que le psychodrame lui permettra de retrouver l'activité nécessaire pour lever le masochisme (retournement de l'ambivalence : je peux haïr l'autre sans lui faire du mal), ce dernier inhibant les volontés de son moi profond. En effet, l'action psychodramatique reste une méthode par laquelle l'impuissance expressive peut exister sans se dissimuler. Elle permet également de lever les inhibitions dans la sécurité de l'intersubjectivité. Le drame intrapsychique peut en effet se manifester en se mettant en scène au contact des éléments transférentiels qui émergent dans la dynamique groupale. Le corps érotique peut alors être investi, éprouvé et toléré, laissant ainsi la possibilité à la subversion libidinale et au processus de maturation tout aussi psychique que corporel de se dégager de la répression destructrice. Mais malgré tout l'intérêt qu'Iris porte au psychodrame, elle sera hospitalisée à temps complet en pédopsychiatrie lors des vacances d'été après avoir déposé de sérieuses velléités suicidaires auprès du Dr. F.

11.1.2 La boutique magique : « j'ai besoin d'une vraie mère »

La boutique magique reste à ce jour le jeu de psychodrame que je préfère animer pour les adolescentes aux prises avec l'anorexie mentale. Le plus souvent très défensives, inhibées et peu motivées à s'exprimer sous le regard de l'autre, il est en effet parfois compliqué d'accompagner dans un psychodrame un protagoniste effrayé d'exposer son intimité au grand jour. Moins effrayant qu'un psychodrame classique, la boutique magique offre des solutions un brin détournées mais tout aussi profondes qu'efficaces. Fondée sur une illusion théâtrale dans laquelle le protagoniste est invité à négocier ce qui est désiré en lien avec ce qu'il désire délaissier, cette technique thérapeutique a le mérite de créer une atmosphère dite magique, ce qui permet au protagoniste d'entrer dans son jeu plus facilement, de baisser un peu la garde et d'assouplir son système de défense. La boutique magique est donc un jeu qui invite les participants à venir avec ce dont ils veulent se débarrasser (une photo, un stylo, une peur, une maladie...) pour acquérir en retour quelque chose qu'il désire profondément obtenir (du courage, de l'amour, une maman, une sortie d'hospitalisation). Cette technique de jeu, où l'échange se veut réel ou symbolique, permet ainsi la concrétisation d'une transformation souhaitée chez le protagoniste tout en lui offrant la possibilité de créer un processus de changement fondé sur une réorganisation de sa vie psychique interne. Cette méthode exige cependant du « boutiquier », incarné par le psychodramatiste, qu'il évalue au fur et à mesure le lien entre ce qui est « donné » et ce qui est offert en retour. L. Verhofstadt-Denève nous explique :

« L'accent n'est pas mis sur l'élément de négociation ni sur l'échange d'une qualité pour une autre, mais plutôt sur un apprentissage orienté vers le développement à travers des épisodes d'expériences concrètes et intenses. Le processus se poursuit par plusieurs étapes successives dans lesquelles le directeur de jeu, agissant comme le « propriétaire du magasin », stimule à l'action le protagoniste et le groupe entier»⁸³⁶.

⁸³⁶ Verhofstadt-Denève, L. (2001). The "Magic Shop" Technique in Psychodrama: An Existential-Dialectical View. *The International Journal of Action Methods*, 53, 3-15.

Lorsque j'anime une boutique magique, je demande au groupe de fermer les yeux et de s'imaginer dans un endroit dans lequel ils se sentent en sécurité. Je les invite ensuite à quitter leur zone de confort pour se rendre « mentalement » à la boutique magique. Je peux faire durer le voyage quelques minutes, voyage que je rends légèrement périlleux en invoquant des paysages particuliers (chaud/froid, montagne/océan), en provoquant des rencontres inhabituelles (animaux sauvages/étrangers). Une fois arrivé à la boutique magique, je tiens mon rôle de responsable de magasin, j'accueille chaleureusement le protagoniste, client pour l'occasion. Après lui avoir fait raconter son voyage et obtenu un certain nombre d'informations précieuses sur son vécu sensoriel lors de son périple, je présente les particularités de la boutique en rappelant que tout peut s'acheter ici en échange de quelque chose de personnel. La négociation peut durer un long moment. J'interroge en effet toujours les origines de la demande, recontextualise le plus possible l'objet de la demande et interroge les différents échos en lien avec la source de la demande. De même pour l'objet du troc, ce avec quoi le « client » va payer son bien. Au final, ce qui est désiré par le protagoniste passe au second plan de l'échange. En effet, la boutique magique est un formidable espace dans lequel il est possible de penser l'origine de ses manques et offre l'opportunité de voyager dans l'histoire infantile du sujet. Ce voyage régressif, contenant et contenu, permet de remonter à la source des différentes angoisses. Cette technique a en tout cas permis à plusieurs de mes patientes de prendre conscience dans la sécurité des blocages qui étaient les leurs..

Le jeu d'Iris :

Iris a désormais 17 ans. Elle est hospitalisée sur la période de vacances d'été, le Dr F. est en congé, je suis seul pour animer le groupe. Certaines adolescentes sont en permission, mais un petit groupe de trois patientes hospitalisées à temps plein se constitue malgré les absences. Nous décidons ensemble de maintenir la séance malgré le contexte estival. L'ambiance est bonne, les adolescentes se connaissent bien. Elles sont en demande pour jouer. Afin de m'adapter au mieux à la situation, je leur propose de faire une « boutique magique ». Elles connaissent ce jeu et elles l'apprécient. Je leur demande de fermer les yeux et je les fais voyager à travers différents paysages. Après quelques détours inopinés, je leur demande d'ouvrir les yeux. Je me présente en tant que « boutiquier » et leur souhaite la bienvenue. Iris se lève sans rien dire et entre dans l'espace scénique où j'ai installé une table en guise de comptoir, entourée par deux fauteuils.

-Le psy : « Bonjour Iris, bienvenue dans la boutique magique ! Avez-vous fait bon voyage ?

-Iris : « Bonjour, oui merci, j'ai fait un bon voyage, un peu long mais plutôt bon ».

-Le psy : « Souhaitez-vous me raconter d'où vous venez et la raison de votre venue ? ».

-Iris : « Oui bien sûr, j'ai fait un très long et périlleux voyage car j'ai besoin d'une vraie mère...»

Que ce soit en entretien individuel ou auprès des soignants qu'Iris côtoie, elle ne parle jamais à personne de sa mère, encore moins dans un contexte psychothérapeutique, probablement consciente qu'une telle discussion révélerait des blessures douloureuses. Je suis donc à cet instant surpris par sa demande. Je lui propose alors de nous expliquer ce qu'elle entend par « vraie mère ». Iris nous raconte que lorsqu'elle était enfant, elle vivait avec sa mère et son beau-père. Elle nous décrit une mère absente, fragile mais

sympa, et un beau-père violent, « notamment avec les femmes ». Je décide de continuer notre échange sur la violence qu'elle nous décrit.

-Le psy : « Que souhaiterais tu nous dire sur la violence de cet homme sur ta maman ? ».

-Iris : « Je sais pas ».

-Le psy : « Peut-être que tu as des souvenirs dont tu aimerais pouvoir parler ? ».

-Iris : « J'ai le souvenir qu'il la tapait des fois, et devant moi ».

-Le psy : « Tu nous as dit qu'il était violent avec « les femmes », que voulais tu dire par-là ? »

-Iris : « Je sais pas ».

-Le psy : « Peut-être que tu te rappelles d'autres femmes qui partageaient sa vie ? ».

-Iris : « Il avait déjà eu un garçon avec une autre femme que ma mère. C'était comme un demi-frère, il était souvent avec nous et je sais qu'il tapait sa mère aussi ».

-Le psy : « Toute cette violence sur ta maman, sur ces femmes, est ce que tu en as déjà parlé à quelqu'un ? ».

-Iris : « Je sais pas ... ». (Je reste silencieux). Oui, une fois, à mon père, quand j'avais 7 ou 8 ans. Depuis, je ne vis qu'avec lui ».

Je ressens pendant le déroulé du jeu un contre transfert d'impuissance qui me pousse dans mes retranchements. Au-delà de ces « je sais pas » qui viennent refermer chacune de mes sollicitations, la violence qu'elle raconte semble avoir pénétré la pièce. L'ambiance est plus lourde et je sens les deux autres adolescentes moins attentives. J'ai l'impression qu'elles veulent quitter la séance, que le thème de la maltraitance sur les femmes les bouscule. Je me sens dans une impasse et ne sais comment continuer la suite de la transaction avec Iris. Je m'adresse alors aux « spectatrices », leur demande si elles se sentent bien. Leurs petits sourires de politesse ne me rassurent qu'à moitié mais je me reprends, et me raccroche à l'objet de la transaction et à ma question initiale : « Et qu'est-ce que tu entends alors par vraie mère » ? Iris me répondra sans surprise qu'elle ne sait pas. Je lui demande alors avec quel objet elle est venue pour obtenir l'objet convoité.

-Iris : « Je suis venue avec mon corps d'enfant, je n'en veux plus. Je me sens mal avec lui ».

-Le psy : « Penses-tu qu'il puisse y avoir un lien avec ce corps d'enfant, que tu souhaites nous donner, avec la vraie mère, ce que tu es venue chercher ici ? ».

-Iris : « Je sais pas, mais peut-être. ça semble logique quand on y pense... ».

11.1.3 De la mère morte à l'impuissance expressive

Iris a grandi dans un contexte bercé par la violence conjugale. Malgré son évocation orchestrée par son père, Iris semble toujours autant engluée et pénétrée par la mélancolie maternelle. Iris se sent vide et a du mal à se projeter, à désirer, à se laisser aller à la vie des plaisirs. Malgré tout, la séance de psychodrame autour de la boutique magique a changé la tonalité de nos entretiens individuels. Iris me répond toujours autant par « je

sais pas » à chacune de mes questions mais commence à me raconter certains souvenirs, certaines sensations. Elle peut désormais admettre qu'elle est terrifiée à l'idée de grandir et devenir une femme (sans trop savoir pourquoi).

Iris est sortie d'hospitalisation. Elle ne veut plus entendre parler du CMP. Elle ne vient plus non plus en psychodrame mais continue son suivi en ambulatoire. Un jour en entretien, elle me dit en souriant : « Vous allez être content aujourd'hui, j'ai fait un rêve cette nuit et je m'en rappelle ». Je lui ai en effet souvent posé la question, peut-être même à chaque entretien, surtout lors de ceux qui étaient marqués par son refus et son incapacité alexithymique à me raconter des éléments de sa vie, laissant par conséquent de longs silences tous aussi assourdissants qu'inutiles.

Dans son rêve, Iris est dans une gare vide, visiblement abandonnée au milieu de nulle part. Elle attend un train qui doit la chercher pour la déposer dans un endroit qu'elle ne connaît pas. Iris sent qu'elle n'a pas envie de faire ce voyage vers l'inconnu malgré la sensation de ne pouvoir faire autrement. « J'étais un peu comme dans un Western, dans un *Far West* flippant avec le vent qui souffle fort et les boules de paille qui s'emballent dans la tempête. J'avais peur ! En plus, c'était comme si j'avais pas le choix : prendre le train vers je ne sais où, ou rester ici toute seule ».

Il me semble que ce rêve vient mettre en lumière toute la difficulté du processus de maturation du moi. En effet, Iris nous montre que l'identification à un objet traumatique, une « mère morte », dépressive, et annulée dans sa vie de femme, l'a conduit à devoir trouver des stratégies de sauvegarde narcissique en créant au côté de son moi traumatisé et fragilisé (par le manque d'investissement libidinaux de la mère), un double pathologique susceptible de la protéger. L'ambivalence et la haine de l'objet sont donc réprimées par la solution anorexique, solution qui détruit cependant Iris autant qu'elle l'a préserve. Néanmoins, cet autre moi, doublure pathologique et fruit de la solution anorexique, ne semble que résulter de l'identification à l'objet maltraité, incorporé et transformé comme l'objet du danger, mais dorénavant plus facile à contrôler. Je pense ainsi comprendre, peut-être à tort, le sens de ces « je sais pas » en entretien. L'élaboration que je lui propose de mener pourrait en effet mettre en danger l'incorporation cannibalique, seule défense capable de mettre l'objet à distance et suffisamment hors de portée pour pouvoir y renoncer sans difficulté, mais tout en le gardant sous couvert, sous contrôle, afin de ne plus jamais en être dépossédée.

Quelques semaines après l'entretien lors duquel Iris m'a raconté son rêve, elle me raconte une scène passée de violence entre sa mère et son beau-père qui vient la hanter depuis quelques jours. Iris me raconte qu'elle se rappelle avoir été témoin à 6 ans d'une violente altercation lors de laquelle sa mère avait reçu une série de coups de poing sur le visage jusqu'à s'écrouler sur le sol. Son beau-père l'avait ensuite nargué en lui disant qu'elle ne méritait que ça. Iris est désormais en boucle : « C'est tout ce que tu mérites... C'est tout ce que tu mérites... Voilà, j'ai ça en tête à chaque fois que j'essaie de me poser ». Je lui demande alors à qui cette phrase (« c'est tout ce que tu mérites ») était réellement adressée lors de ses rêveries diurnes ! « A moi, c'est à moi que je l'adresse ». Iris semble convaincue de la sentence de son destin de femme : si je deviens grande, je serais maltraitée !

-Iris : « Je vais devoir vivre la même chose que ma mère si je monte dans le train ? C'est ça être une fille non ? ».

-Le psy : « Il me semble qu'à ce jour, tu n'as besoin de personne pour te maltraiter ».

Mon commentaire passe mal, il semble avoir fermé l'élaboration qui pourtant commençait à s'ouvrir. Iris ne supporte visiblement pas que je lui souligne ses conduites masochistes et autopunitives. Nous en avons pourtant parlé, jusqu'à qualifier ses conduites « d'auto sabotage » (c'était son propos). Mais j'ai l'impression de lui proposer une ouverture dangereuse, celle d'un possible changement d'objet, de position et donc, de soumission. En effet, en arrêtant de se maltraiter et en laissant agir la subversion libidinale, Iris devra accepter de passer d'une soumission anale à la mère morte, à une soumission à l'ordre érotique. C'est en tout cas ce que je ressens, aider par le contenu manifeste et latent de son rêve : rester dans la solitude mélancolique ou se laisser aller à des processus non-maîtrisés ? L'irruption de la puberté semble l'avoir figée dans un féminin négatif probablement nécessaire pour continuer la cohabitation avec un père aimant et disponible pour incarner la fonction d'une fausse mère au risque de se révéler paternellement violent si Iris accepte de dépasser ses rigidités et autres frigidités.

Iris à bientôt 18 ans. La solution anorexique lui permet encore à ce jour de se protéger contre l'intolérable passivation que l'ordre érotique lui inspire. Cependant, en « sabotant le pubertaire » (pour reprendre l'expression de P. Gutton), Iris s'enferme dans son féminin mélancolique en luttant contre l'élaboration active, capable pourtant de l'accompagner sur les voies de la symbolisation de ses conflits intrapsychiques et donc, vers la subjectivation inhérente à la vie. Nous posons à ce jour l'hypothèse que le psychodrame triadique de groupe pourrait de nouveau lui permettre de dépasser son impuissance expressive ô combien dévastatrice. En effet, à ce jour incapable d'accéder à l'ambivalence de l'objet maternel, le psychodrame pourrait peut-être lui permettre de sortir de son repli narcissique de mort en se confrontant aux objets de haine et de séduction incorporés mais susceptibles malgré tout d'émerger dans la dynamique transférentielle d'un tel dispositif de soin. Iris refuse cependant le groupe et insiste pour continuer la thérapie individuelle dans laquelle la dualité semble pourtant la confronter à la menace de l'effroi.

Notons pour terminer que pour C. Dejours, « l'impuissance expressive » serait « dangereuse »⁸³⁷. En effet, pour l'auteur, l'absence *d'agir expressif* ne pourrait pas convenablement protéger le sujet de sa propre hostilité provoquée et alimentée par l'intervention et la menace venant de l'autre. A défaut de pouvoir exprimer sa colère et sa peine, Iris exprime par conséquent ses conflits inconscients par les voies tumultueuses et dangereuses de l'agir compulsif (l'anorexie, le refus, le masochisme). L'agir expressif se différencie donc de l'agir compulsif. Il se définit en effet par C. Dejours comme « la façon dont le corps se mobilise au service de la signification, c'est-à-dire au service de l'acte de signifier à autrui ce que vit le "je" »⁸³⁸. Il nous semble de ce fait important d'essayer d'accompagner Iris à mettre en sens, en scène et en acte toute la douleur de son existence afin qu'elle puisse se libérer de son féminin traumatique.

⁸³⁷ Dejours, C. (1997). Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?. In: Psychologie clinique et projective, vol. 3, 1997. Psychosomatique. pp. 3-18

⁸³⁸ Ibid.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

« Aussi loin que remontent mes souvenirs, j'ai toujours crevé de faim. Au commencement est la faim, [...] la faim, c'est moi [...]. J'appartiens à un milieu assez aisé : chez moi, je n'ai manqué de rien [...]. Encore faut-il préciser que ma faim est à comprendre en son sens le plus vaste : si ce n'avait été que la faim des aliments, ce n'eût pas été si grave. Mais est-ce que cela existe, n'avoir faim que de nourriture ? [...] Par faim, j'entends ce manque effroyable de l'être entier, ce vide tenaillant [...], la faim, c'est vouloir, c'est un désir plus large que le désir ».⁸³⁹

A. Nothomb

⁸³⁹ Nothomb, A. (2004). Biographie de la faim. Paris : Albin Michel

Cette discussion théorico-clinique aborde l'ensemble du matériel clinique et théorique qui a été recueilli lors des trois premières parties de ce travail. J'ai ainsi bâti au regard de ma problématique et de mes deux questions centrales qui balisent cette thèse, un ensemble de thématiques autour desquelles j'ai questionné et articulé les éléments théoriques de la littérature tout en les intégrant aux analyses cliniques des six études de cas présentées ci-dessus. Ainsi, je propose dans cette dernière partie une discussion à travers laquelle je pourrais penser et associer des concepts nouveaux et des propositions cliniques et théoriques sur l'anorexie mentale de l'adolescence. Mais je préviens encore le lecteur. Tout ce qui va suivre n'est que le fruit de ma créativité, utilisée à cet égard pour faire « avancer les connaissances »⁸⁴⁰. Rien ne se veut exhaustif, c'est le principe de la recherche en psychanalyse : considérer que la théorie et la méthode peuvent évoluer lorsque le clinicien réfléchit, doute, explore et critique le contenu de ses espaces de travail au-delà de remanier les concepts en fonction des constats et des observations. Par conséquent, ces concepts nouveaux discutés ci-dessous ne contribueront au « progrès scientifique » que s'ils font l'objet d'un consensus parmi mes pairs.

12.1 Les « 3 A » : un repère clinique toujours d'actualité

La règle des trois A, *anorexie, amaigrissement, aménorrhée* semble au regard des six cas cliniques analysés ci-dessus toujours d'actualité, bien que le DSM V ne reconnaisse plus l'aménorrhée comme un symptôme spécifique de l'anorexique mentale, nous l'avons vu.

L'anorexie

Le premier A de la triade est donc *l'anorexie*. Le plus connu, peut être le moins bien compris (ou le plus difficile à comprendre). En effet, *l'anorexie* ne doit pas se concevoir comme une « disparition »⁸⁴¹ de l'appétit mais bien comme « une conduite active consciente et volontaire de restriction alimentaire et de lutte contre la faim »⁸⁴², nous l'avons dit et vérifié avec les différents exemples cliniques que j'ai pu donner. Notons cependant que *l'anorexie* est le point de départ de chaque trouble alimentaire. Premier symptôme, première révolte contre *l'objet incestuel nourriture*. *L'anorexie* est surtout le premier signe clinique du conflit intrapsychique qui caractérise l'AM. Expression symptomatique de la contestation, *l'anorexie* déclare à ciel ouvert l'entreprise de la lutte contre les objets de la tentation. Elle s'accompagne par conséquent de tout un lot de stratégies d'opposition afin de protéger le moi immature des agressions toutes aussi intérieure qu'extérieure. Tel un barrage qui vient couper le cycle du besoin, *l'anorexie* exprime tous les désirs mélancoliformes d'une adolescente effrayée à l'idée de céder à l'excitation négative. A travers de multiples agirs compulsifs (saut de repas, tri hypocalorique, dissimulation des aliments interdits, évitement des repas familiaux, refus

⁸⁴⁰ Emmanuelli, M., Perron, R. (2007). Ibid., p.8

⁸⁴¹ Argumentation dans la revue de la littérature (cf chapitre « l'erreur étymologique »).

⁸⁴² Corcos, M. (2020). Abécédaire de l'anorexie. Paris : Odile Jacob p.63

de l'imprévu et des surprises, suppression de tout un tas d'aliments dits dangereux, adoption de menus « Healthy », consommation d'aliments dits purs : fruits, légumes, viandes et poisson blanc...), l'*anorexie* embarque la jeune fille sur les rives de l'activité masochiste afin de fuir silencieusement l'insupportable passivation provoquée par l'éclosion pubertaire et les nouvelles scènes de séduction. Mais comme le souligne M. Corcos, l'adolescente est une « fausse végétarienne » qui dissimule stratégiquement sa *voracité cannibalique* pour se protéger du débordement boulimique. Son masochisme affiché brouille ainsi tant bien que mal « le sadisme destructeur de l'objet alimentaire et de ce qu'il peut fantasmatiquement représenter »⁸⁴³. Officiellement reconnue comme une forme de « vaginisme oral » (pour reprendre l'expression de M. Roques), l'*anorexie* reste malgré tout une féroce défense mise en place contre la *tentation érotique*.

Le symptôme d'anorexie est probablement encouragé par notre société consumériste où tout est pensé pour nous faire dépenser, dans tous les sens du terme (sauter des repas, se restreindre, « manger saint »). Ce piège narcissique fait cependant des ravages et renforce probablement les fantasmes sur la différence des sexes. Il semble également constituer un solide point d'ancrage au féminin mélancolique. Mais au-delà de détruire le corps biologique de ces jeunes victimes, nous avons surtout pu constater que les relations familiales subissaient elles-aussi tout un ensemble de dommages collatéraux. En effet, bien que les stratégies adolescentes pour s'éviter la passivité des repas induisent des tensions familiales toutes aussi relatives à celles déjà existantes, des nouvelles sensations négatives et insupportables s'invitent au moment des soi-disant chaleureux repas : la colère, l'effroi et le dégoût, provoqués par la jouissance orale assumée des attablés, nous l'avons vu notamment avec Flore et Hélène. En effet, il n'est pas ici question du dégoût éprouvé par la vision d'horreur des aliments luisants dans l'assiette. Ces sensations sont le fait d'une agression provoquée par le gavage bruyant et fétide des « boustifailleurs ». Observer l'autre adulte mâcher la gueule ouverte, l'entendre « ruminer » et déglutir dans une jouissance assurée et exhibée, plonge le plus souvent l'adolescente anorexique dans un précipice de répugnance. C'est alors que la destruction masochiste peut se retourner en activité totalement sadique sur l'objet. C'est ainsi que le repas familial devient l'espace dans lequel les excitations macabres des *voracités négatives* peuvent s'exprimer sans sommation. Flore, Hélène ou encore Alana, si dociles le reste du temps, nous racontent effectivement qu'elles pouvaient rentrer dans des colères « assassines » contre leurs pères au moment des repas. Les fameux « bruits de bouches », imprégnés de leur dimension incestuelle, semblent en effet pouvoir pénétrer les corps et vivifier les traces traumatiques issues des accidents de la séduction. Il est en effet bien plus difficile d'échapper aux stimulations auditives que visuelles. On peut fermer les yeux, mais il est difficile d'échapper aux répercussions du son de la jouissance. Mais au regard de l'histoire de Julie, coincée dans une dynamique familiale qui s'inscrit dans un registre incestuel, l'*anorexie* ne doit pas s'entrevoir uniquement sur le versant du conflit intrapsychique. Elle semble également s'inscrire au cœur des problématiques familiales, comme une défense face aux confusions destructurantes véhiculées par le couple parental. Ainsi, comme le dirait P. Caille, « l'anorexie serait à la fois le dépotoir et l'obturateur de l'incestualité familiale »⁸⁴⁴.

⁸⁴³ Ibid., p.88

⁸⁴⁴ Caille, P. (1989). L'anorexie comme double message à destinations multiples, dans Prieur (B.), L'anorexique, le toxicomane et leur famille. Paris : ESF p. 54-63.

L'amaigrissement

L'amaigrissement, le deuxième A de la triade. Il survient après l'*anorexie*, comme une évidence. Il est en effet la suite logique, la conséquence de la restriction alimentaire. Il peut rapidement atteindre 10% de poids de l'adolescente voire « 30 à 50% du poids initiale »⁸⁴⁵ dans les situations les plus aigües. Ce n'est symboliquement jamais assez pour la jeune fille qui fait toujours tout pour perdre toujours plus. Mais perdre tout ce qui n'est plus à perdre peut malheureusement conduire au décès, nous en avons parlé. C'est donc dans une spirale infernale, sans fond et sans limite, que se perd facilement l'adolescente qui ne désire plus que maigrir pour paradoxalement se sentir vivante. En effet, même si certaines camouflent leur maigreur à travers de larges vêtements, une grande majorité exhibent leurs ascèses comme un trophée qui exacerbe la sensation d'exister. Comme le rappelle B. Brusset, être anorexique permet de « trouver une identité clairement différenciatrice des autres »⁸⁴⁶. Fétiche d'une triste gloire au royaume des « gros », la maigreur signe la victoire contre le gavage institutionnalisé qui pousse les plus « faibles » à céder de façon mélancoliforme aux diaboliques tentations. *L'amaigrissement* met ainsi en acte l'investissement négatif de la féminité qui conduit à l'effondrement corporel. Par le biais de son *amaigrissement*, l'adolescente Anorexique s'offre le luxe de fuir en silence la monstruosité du *sexual* tout en galvanisant son narcissisme défaillant. Le gras et le mou du corps ont laissé place à la dureté de « l'os apparent » qui s'inscrit désormais en rempart infranchissable face aux objets menaçants. *L'amaigrissement* s'accompagne généralement de la *frénésie privative* qui procure un sentiment d'exaltation. Nous l'avons vu avec Hélène, son narcissisme n'a jamais semblé aussi fort que lorsqu'elle végétait dans le Nirvana des insoucients.

Associées aux conduites volontaires d'opposition et de restriction alimentaire, de nouvelles stratégies vont s'inviter pour maintenir l'état de maigreur à flot. Il est en effet désormais important pour l'adolescente anorexique de vérifier que le processus d'amaigrissement se déroule sans obstacle. Sous-tendu par une peur incessante de grossir et de déborder, *l'amaigrissement* s'accompagne lui aussi de tout un lot de stratagèmes pour contrôler et vérifier que rien ne vienne perturber le sinistre projet : pesée quotidienne (parfois jusqu'à dix fois par jour), pesée post-prandiale, pesée des aliments et calcul des calories consommées, taille de vêtements à respecter (exemple : un pantalon de taille 8-10 ans peut constituer un repère), tour de cuisse (avec un « chouchou » initialement prévu pour s'attacher les cheveux), tour de taille (avec un élastique récupéré sur une jupe d'enfant), tour de bras (avec le pouce et majeur pour commencer, puis avec le pouce et l'index). L'hyperactivité reste probablement l'un des principaux symptômes de la phase d'amaigrissement (même s'il reste encore très fréquent pendant la phase de reprise de poids et peut perdurer même lorsque le poids naturel est atteint). De plus en plus intenses, de plus en plus répétées, ces conduites dites hyperactives sont à différencier des entraînements des sportifs de haut niveau. La confusion peut se faire par certains observateurs non sensibilisés à l'anorexie mentale. Si

⁸⁴⁵ Corcos, M. (2000). Ibid., p.52

⁸⁴⁶ Brusset, B. (2005). La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*, 233, 575-586.

les cadences sont impressionnantes, le corps ne se « renforce » pas, bien au contraire. Les blessures et les traumatismes sont malheureusement inévitables. Il n'est donc pas rare d'observer des jeunes filles « avaler » les kilomètres en natation, en marche, en course à pied. D'autres vont s'improviser « culturistes » et enchaîner les exercices de CrossFit dignes d'un entraînement de rugbyman professionnel, nous l'avons vu avec Iris et Hélène. Si les pratiques sportives sont assurément bonnes pour la santé, la démarche commentée ici ne correspond en rien au bien-être lié à la dépense d'un trop plein d'énergie (la pratique sportive dite normale invite effectivement tout amateur désireux de se dépenser à « décharger » son trop plein d'agressivité pulsionnelle dans le cadre d'exercices physiques). L'hyperactivité physique anorexique reste l'expression d'un terrible conflit intérieur qui ne peut s'élaborer ou se symboliser autrement que par l'agir compulsif. En déchargeant son agressivité interne en dehors de soi, l'adolescente anorexique rejette hors d'elle tout ce qui la consume, la détruit et la menace. Cependant, ces compulsions restent le fruit d'un corps aux prises avec l'angoisse de débordement qui enferme l'adolescente dans une extase paradoxale dans laquelle la destruction interne se trouve déchargée sur tout le corps. La douleur éprouvée atteste et valide l'objectif qui était recherché (soulager la pression interne en la déchargeant sur le corps) et maintient l'adolescente dans ce que V. Estellon appelle « les extases négatives ». Cette hyperactivité, triste et violente par son intensité témoigne « d'une envie d'échapper aux autres, mais aussi à ce soi-autre qui se manifeste dans des angoisses plus ou moins mentalisées qui lui laissent de moins en moins de répit »⁸⁴⁷. S. Freud écrivait dans *Deuil et mélancolie* que les auto-accusations du mélancolique pouvaient se traduire ou se comprendre comme des accusations détournées. Ce masochisme mortifère établi ne serait-il pas alors à considérer comme une accusation déguisée ? Ou peut-être, comme le meurtre déguisé inconsciemment dirigé vers l'objet traumatique ?

Toutes ces techniques de vérification vont en tout cas maintenir l'adolescente dans son obsession de maigrir. Et plus l'amaigrissement est constaté, plus la jeune fille éprouve de la satisfaction. C'est le principe même de la satisfaction des tensions internes suscitées par l'angoisse. Incapable d'accepter et de voir le danger que provoque la maigreur, le déni omniprésent de la réalité somatique et clinique vient traduire « l'importance du trouble de la perception affective de l'image du corps »⁸⁴⁸. Mais au-delà de la satisfaction attachée aux tristes objectifs sportifs et de poids, l'exaltation semble pouvoir provoquer « la sécrétion de bêta-endorphines cérébrales, véritable shoot opioïde interne »⁸⁴⁹. L'amaigrissement s'avère donc catastrophique car il entraîne avec lui tout son lot de conséquences somatiques, nous les avons vus dans la revue de la littérature. Mais au-delà d'engager le risque vital, il installe l'adolescente anorexique dans une souffrance existentielle mortifère où l'horizon ne laisse entrevoir qu'un voile obscur de désespoir. En effet, pour beaucoup, le désir de s'en sortir émerge assez rapidement après un premier temps d'accompagnement thérapeutique. Mais le cycle infernal est lancé. Malgré leurs envies d'ailleurs, à-être et à-faire, les conséquences de l'amaigrissement sont devenues addictives et douloureusement réversibles. C'est en cela que l'anorexie mentale pourrait se considérer comme une addiction au manque et à la souffrance, telle une quête du pire qui maintiendrait malgré tout la menace de l'objet à distance. Enfermée dans le piège de

⁸⁴⁷ Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod p.128

⁸⁴⁸ Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob p.52

⁸⁴⁹ Ibid, p.53

la satisfaction des extases négatives, l'adolescente anorexique s'auto-piège dans sa dégringolade. En effet, la restriction énergétique liée au déséquilibre entre diminution d'apport alimentaire et surplus d'activité physique impliquerait « les circuits motivationnels de la récompense »⁸⁵⁰.

L'aménorrhée

Stade ultime, le troisième A de la triade : *l'aménorrhée* ou l'arrêt des règles. Elle survient généralement après quelques mois *d'anorexie*, après quelques semaines *d'amaigrissement*. En effet, c'est le symptôme directement lié à la perte de poids « puisque l'on sait qu'une perte de 10 à 15% du poids, qui correspond environ à la perte d'un tiers de la masse grasse, provoque une aménorrhée »⁸⁵¹. Mais si *perte de poids* et *aménorrhée* vont de pair, l'arrêt des règles pourrait cependant ne pas se réduire qu'à la chute pondérale⁸⁵². En effet, toutes les adolescentes au faible IMC n'ont pas forcément d'aménorrhée et à contrario, l'aménorrhée peut persister malgré le retour à un poids dit naturel. Un lien étroit avec la dynamique affective peut donc se faire car la dépression ou autre « choc émotionnel »⁸⁵³ peuvent également provoquer l'arrêt des règles. M. Corcos écrit à ce propos :

« Le lien entre l'anorexie et les troubles menstruels n'est pas réductible à la perte de poids, l'aménorrhée fluctuant avec l'humeur dépressive, disparaissant rarement à la reprise de l'équilibre pondéral, et dans un tiers des cas précédant la perte de poids, signe l'influence majeure de troubles psychologiques ».⁸⁵⁴

La grande majorité des aménorrhées sont dites secondaires, c'est-à-dire qu'elles arrivent après que l'adolescente ait déjà été réglée (contrairement à l'aménorrhée primaire qui signifie que la jeune fille n'a jamais été réglée et représente 1/3 des cas⁸⁵⁵). On peut alors parler *d'aménorrhée psychogène* ce qui d'ailleurs, reste « la conséquence soit d'une anovulation soit d'une hypotrophie endométriale »⁸⁵⁶, au même titre que l'aménorrhée dite fonctionnelle.

L'aménorrhée est un symptôme qui ouvre la voie de la réflexion au-delà des sciences neuroendocrines car visiblement, la mécanique hormonale ne semble pas pouvoir venir tout expliquer. Nous avons souligné plusieurs fois dans ce travail l'intrication étroite entre le soma et la psyché dans la problématique anorexique. On pourrait également souligner le caractère psychosomatique de l'aménorrhée. Quant aux

⁸⁵⁰ Vignau, J. (2016). Anorexie mentale, une addiction au manque. Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition - Vol. XX - n° 8 - octobre 2016

⁸⁵¹ Ibid, p.56

⁸⁵² Corcos, M. (2005). D'un corps l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires. *Champ psychosomatique*, 4(4), 135-143.

⁸⁵³ Lachowskya, M. Winaverb, D. (2007). Aménorrhées psychogènes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* Volume 35, Issue 1, January 2007, Pages 45-48

⁸⁵⁴ Corcos, M. Dupont, M.E. (2007). Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. Elsevier Masson

⁸⁵⁵ Corcos, M., Cayol, V., Alvarez, L., Nicolas, L., Lamas, C. (2013). Anorexie mentale et boulimie chez l'adolescente. *La Lettre du Gynécologue* • n° 378-379 - janvier-février 2013

⁸⁵⁶ Lachowskya, M. Winaverb, D. (2007). Aménorrhées psychogènes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* Volume 35, Issue 1, January 2007, Pages 45-48

origines psychiques, elles peuvent être multiples mais je retiendrai principalement l'idée que l'aménorrhée vient symboliquement marquer l'opposition d'une jeune fille à devenir femme, au refus du féminin et de l'ordre érotique, à l'échec ou l'interruption de la subversion libidinale secondaire. C'est pour cela que le retour des règles est généralement considéré comme un réel signe de « mieux être », une acceptation de la passivité, une acceptation du féminin. Malgré tout, le retour des règles n'empêche en rien le débordement boulicannibalique. En effet, comme observé dans le cas d'Hélène, le retour de la puberté qui ouvre à la psychosexualité peut au contraire déclencher des obsessions de *voracités négatives*. Ainsi, le retour de l'aménorrhée s'accompagne généralement du débordement boulimique qui paradoxalement, semble venir protéger le corps propre, désormais accessible depuis l'écoulement du sang de la fente vaginale, de l'intrusion de l'objet incestuel. Se remplir pourrait alors se traduire par « occuper l'espace », « boucher le trou » et ainsi, colmater la brèche laissée ouverte par la survenue du corps érotique dorénavant en danger face aux menaces de la séduction agie. Notons également que c'est au stade génital que le vagin est découvert par la jeune fille. En effet, il n'existe pas chez la petite fille, au sens de l'organe de jouissance (même si bien sûr, la petite fille a bien conscience de la fente et du trou que le vagin implique mais ne découvrira que la potentialité érogène lors de la puberté et des expériences de jouissances sexuelles).

12.2 Les « 3D » : pour un nouveau repère clinique

Avec sa phrase « vous voulez me forcer à avoir un corps que je ne veux pas avoir », Julie nous invite selon moi à penser la question de la triade symptomatique sous trois nouveaux angles, non pas différents du concept des trois « A » mais dans le continuum de l'idée. En effet, l'anorexie, l'amaigrissement et l'aménorrhée laisse entrevoir tout un ensemble de symptômes, de refus, de blocages que je propose de regrouper sous un nouveau triptyque que je nomme « 3D », acronyme venant désigner le *débordement, le déni et la dépersonnalisation*. Ainsi, les « 3D » nous permettraient d'entrevoir :

- Le Débordement : comme angoisse
- Le Déni : comme défense
- La Dépersonnalisation : comme symptôme

Parler de « 3D », c'est aussi et surtout parler de tridimensionnalité (dedans/dehors, entrée/sortie, soi/non soi.). Au-delà de la notion de « volume »⁸⁵⁷ que le concept sous-tend, la tridimensionnalité peut s'entendre comme « la tendance à la visibilité et plus spécialement à la corporéité, l'attrait de l'existence spatiale, c'est-à-dire le désir d'exister »⁸⁵⁸. Nous l'avons vu avec V. Marinov, l'adolescente anorexique, qui d'ailleurs se caractérise par son manque incontestable de volume (à différencier du relief), pourrait se retrouver aux prises d'un « moi bidimensionnel »⁸⁵⁹. En effet, V. Marinov suppose que l'univers psychique de certaines anorexiques pourrait s'organiser

⁸⁵⁷ Portion de l'espace à trois dimensions occupée par un corps. (Flammarion, Astron. pop., 1880, p. 383)

⁸⁵⁸ Jankélévitch, V. (1957). Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien. Paris : PUF p.23

⁸⁵⁹ Marinov, V. (2008). Ibid., p. 40

en deux dimensions, c'est-à-dire qu'elles seraient fixées à une surface qui manquerait d'ouverture à une troisième dimension et à l'identification projective. Je note en tout cas que les adolescentes anorexiques peinent à faire l'expérience de la corporéité, expérience liée à « l'imprévisibilité, à la surprise du mouvement »⁸⁶⁰. Par conséquent, si l'acronyme « 3D » renvoie effectivement dans le langage populaire au concept de volume, il ne s'agit cependant pas d'en faire un objectif à atteindre (contrairement à la corporéité, que je mets en lien avec la notion de relief et qui peuvent devenir des objectifs thérapeutiques à atteindre : être son corps, reprendre du poids pour maîtriser les entrées/sorties du dedans/dehors sans répression...). Il pourrait cependant être pensé comme un repère autour duquel les objectifs de soins pourraient s'organiser, telle une orientation triadique thérapeutique qui donnerait le ton.

J'ai pu en parler, *l'anorexie* comme symptôme s'accompagne de tout son lot de conflits, de luttes et d'oppositions. Que ce soit au sein de la famille ou dans les services d'hospitalisation, elle génère chez ceux qui l'entourent des attitudes négatives qui malheureusement, alimentent probablement le processus mélancoliforme. Cependant, *le débordement* pensé comme une angoisse peut venir expliquer une telle attitude de restriction et de refus : « je ne veux pas car j'ai peur que ça déborde ». En effet, quand l'angoisse est trop forte, c'est-à-dire, quand l'effroi menace, c'est tout l'intérieur du corps qui se resserre et se referme. A la suite *l'amaigrissement* s'illustre par une catastrophe « somatico-psychique » qui peut conduire jusqu'à la cachexie. Mais le déni de la réalité devient si fort qu'il agit à la façon d'une offensive infaillible afin que l'intolérable débordement (ou la sensation d'effroi) soit mise à distance. C'est alors que *l'aménorrhée* est acclamée, applaudie en héros par la petite voix qui vient littéralement déstructurer tout ce qui était encore potentiellement lié. L'adolescente anorexique plonge dans une régression archaïque dans lequel *le moi* s'éclate sous la pression des sensations que j'associe au processus de dépersonnalisation⁸⁶¹. Je constate en effet chez Julie, Laure, Alana, Flore, Hélène et Iris des sentiments de vide (désamination), des sentiments d'atteinte de l'intégrité corporelle (désincarnation), et une sensation de perte de sentiment de la réalité (déréalisation).

- Le danger du débordement. Avec l'utilisation du verbe « forcer », Julie nous fait probablement part de *l'angoisse* qu'elle ressent face aux désagréables sensations intrusives qu'elle éprouve. Cette angoisse me renvoie à plusieurs éléments de la triade de 3 A. Tout d'abord, au A *d'anorexie* et au refus de s'alimenter. La peur que tout déborde conduit l'adolescente à réprimer tous ses désirs au risque de ne plus pouvoir rien maîtriser. Cette angoisse de débordement cohabite avec des angoisses d'intrusion/pénétration et fait donc également écho au A *d'aménorrhée* et au lien qu'on peut faire autour de la difficile question du féminin et à la réactivation du processus libidinal que provoque l'adolescence. Mais le A *d'amaigrissement* s'associe peut-être avec moins de difficulté lorsqu'il s'agit de penser le phénomène de débordement. Les « monstruations »⁸⁶², c'est l'écoulement dégoûtant du sang, porte ouverte à la génitalité et à la pénétration. Mais l'extrême maigreur semble constituer le dernier rempart

⁸⁶⁰ Durif-Bruckert, C. (2003). Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire. *Champ psychosomatique*, 1(1), 71-95.

⁸⁶¹ Corcos, M. (2010). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*. Paris : Dunod. p.57

⁸⁶² Lapsus d'une patiente

infranchissable aux menaces externes (l'autre) et internes (le pulsionnel). Rien ne doit passer par-dessus bord, par-dessus le corps, sur le corps. Je souligne ainsi, au regard de la clinique, que la dimension traumatique semble centrale dans l'AM. En effet, je soutiens l'idée que la terreur de la passivité/passivation trouve son origine dans l'histoire infantile de l'adolescente anorexique. La violence de la séduction semble en effet pouvoir placer la fillette dans une situation d'effroi dans laquelle le moi aurait précocement été débordé du fait d'une mère morte ou d'une séduction agie d'un père incestueux, les deux ne sont pas incompatibles, nous l'avons vu avec le cas de Flore. Ainsi, la subversion libidinale secondaire pourrait placer la jeune fille anorexique dans une situation similaire d'invasion libidinale du moi vécu dans la petite enfance. Chaque élément de l'existence qui confronterait l'adolescente Anorexique à la vie libidinale (repas, plaisir, prise de poids, sollicitation charnelle...) ferait apparaître la menace de l'effroi et donc du débordement. Par conséquent, l'angoisse de débordement pourrait alors se voir comme le signal d'une situation qui convoquerait les sensations traumatiques qui demeureraient à fleur de conscience.

- **Le déni.** Julie nous montre bien la problématique dichotomique de l'anorexie mentale, problématique qui implique l'économie du monde du sensible au profit d'une sur-intellectualisation du fond des choses, phénomène bien décrit par V. Marinov par son concept d'*illumination*. Cette problématique nous renvoie au A d'*amaigrissement*, amaigrissement d'un corps qui ne s'extasie qu'à travers les sensations de vide, au profit d'un intellect surinvesti et dépourvu de sensibilité... Le corps au supplice du regard se retrouve pris au piège du déni de la réalité somatique et sensible malgré les paramètres somatiques bien en dessous des moyennes attendues. *L'Aménorrhée*, avec toutes les complications que cela implique est cependant bien accueillie et ne souffre d'aucun déni. Déni de soi, déni d'exister, déni d'éprouver. Ce déni, qui s'inscrit entre un refus de percevoir au-delà du rejet de l'intolérable réalité, pourrait selon moi être mis en lien avec l'alexithymie que l'on retrouve dans le fonctionnement défensif de l'AM. Je pense en effet que l'incapacité d'éprouver ses émotions répond à une impossibilité de pouvoir connecter avec ce qui est tout simplement délié. A l'instar d'un M. Corcos, je suppose en effet que l'alexithymie est une réponse défensive d'un moi initialement agressé et potentiellement en lutte contre le trop plein d'une « surcharge d'excitations traumatiques »⁸⁶³.

- Enfin, **la dépersonnalisation**, à également comprendre ici comme une forme de repersonnalisation. Dans la problématique existentielle et identificatoire de l'adolescente anorexique, Julie nous rappelle à quel point son « état » est devenu sa façon d'exister. Cette problématique me renvoie au triptyque des 3 A dans sa globalité : « je suis anorexique, sans forme (maigre), pure (sans souillure), et j'existe ainsi ». Se pose ici la problématique du faux-self dans laquelle la patiente anorexique se retrouve au-delà du sentiment de vide qu'elle éprouve (désamination), du sentiment d'atteinte de son intégrité corporelle (désincarnation) et de sa perte de contact avec la réalité (déréalisation). L'identification en faux-self permet en effet à l'adolescente de continuer à investir les premiers objets d'amour. Qu'il s'agisse de Julie ou d'Iris, nous observons bien que l'objet mère est devenue une partie intégrante de leur narcissisme. Mais la dépersonnalisation que je constate s'inscrit avant tout dans l'organisation psychique de

⁸⁶³ Corcos, M. (2000). Ibid., p.244

l'AM en conséquence de son vécu traumatique. En effet, l'expérience traumatique, réactivée par le déferlement pubertaire, conduit l'adolescente à se « détacher » de son corps propre afin de mettre à distance les éprouvés négatifs. La rupture de continuité du moi apparaît ainsi comme un symptôme qui sauvegarde le narcissisme. En effet, la fragmentation moiïque pourrait permettre de mettre à distance les souvenirs traumatiques.

L'acronyme 3D permet selon moi de mieux saisir la souffrance destructrice d'une adolescente anorexique. Il permet surtout de traduire différemment les conduites d'opposition des adolescentes terrifiées à l'idée de faire l'expérience de la passivation. En intégrant la notion de débordement, de déni et de dépersonnalisation, les acteurs de soins pourraient plus aisément associer la dimension traumatique et la stratégie défensive associée face à la sollicitation de l'objet. De ce fait, cet apport théorique pourrait nous permettre de nous décharger plus facilement de l'impression d'impuissance ressentie lorsque nous sommes sous l'emprise d'un investissement fécalisé. En intégrant de plus la dimension intrusive qui caractérise l'angoisse de débordement, et le risque de voracité négative qu'elle sous-tend, ce triptyque pourrait également nous permettre de réguler dans le transfert nos mouvements passionnels pris dans nos démarches de soins. En effet, nous avons vu avec le cas de Flore que la mise en acte du rejet, celui qui réduit la patiente à un petit tyran sadique, peut malheureusement venir renforcer les défenses sadomasochistes de l'adolescente au-delà de rendre le projet de soins tout aussi violent qu'inefficace. Ce repère se veut donc une aide à la traduction et permettrait d'entrevoir la problématique sur laquelle s'organiserait le syndrome d'AM de l'adolescence, celle d'un *féminin traumatique*.

12.3 L'angoisse de débordement ou la terreur de la passivité

Lorsqu'on s'intéresse à l'impressionnante littérature consacrée à l'AM, on retrouve généralement la notion « d'angoisse anorexique » associée à celle du *vide*, de l'*écoulement*, de la *vidange* et du *manque*... Pourtant, le débordement pensé comme une angoisse me paraît tout aussi cohérent que significatif. En effet, au regard du lien que l'AM entretient avec la boulimie, il me semble que *le débordement* pourrait nous permettre de réunir ces deux troubles des conduites alimentaires et ainsi, mieux comprendre pourquoi 2/3 des adolescentes anorexiques basculeront du côté de la voracité agie, même après une longue période de restriction terriblement drastique.

L'expression d'Hélène, « j'ai peur d'avoir envie », pourrait allégrement se présenter comme l'avatar de l'angoisse de débordement. Mais nous l'avons vu avec S. Freud, l'angoisse ne doit pas se confondre avec l'affect de peur. Il s'agit d'une « réaction au danger », tel un signal qui nous préviendrait de son arrivée, réelle ou supposée. L'angoisse de débordement pourrait alors intuitivement se comprendre comme le signal qui préviendrait du danger du débordement, tel un envahissement au sens guerrier du terme des objets qui pourraient potentiellement empiéter sur le territoire psychique et corporel de l'adolescente. Mais cette définition me semble insuffisante car elle ne traduirait pas la dimension intrusive et traumatique qu'elle sous-tend. En effet, au-delà de prévenir et de mettre en alerte le sujet d'une possible invasion d'objets venue de l'extérieur, l'angoisse de débordement implique aussi et simultanément une attaque venue de l'intérieur. De ce fait, ce double front place la question du « double » au cœur

même du caractère de cette angoisse qui nous rappelle la notion de J. Laplanche sur le « double débordement » qui implique par conséquent un double temps, une double scène et un double espace.

L'angoisse de débordement pourrait ainsi s'originer au cœur même de la vie infantile du sujet, régie au départ par les principes de l'*Hilflosigkeit* et de l'*Überwältigen*. Ces deux notions nous permettent d'intégrer que le débordement peut à la fois être lié à une excitation interne, c'est le « débordement de la bouilloire », et un débordement inattendu venu d'une attaque extérieure, coinceant littéralement le sujet dans une sensation d'effroi. Pour rappel, l'effroi est une « déroute subjective » qui empêche toute possibilité de symbolisation, tel un agent inhibiteur de l'élaboration psychique.

L'angoisse que je tente de définir pourrait donc trouver son origine dans un « double débordement ». Si le premier débordement pourrait se lier à l'absence de la mère dépressive, il pourrait également être lié à la séduction d'un père (ou d'un homme adulte portée par sa monstrueuse sexualité), séduction violente à travers laquelle un corps étranger traumatique s'implanterait par le biais de l'intromission. Le moi immature, impréparé et débordé, aurait subi cette intervention abusive de l'autre adulte dans une position de passivation qui ne lui aurait pas permis de se protéger. Avec J. Laplanche, nous avons pu entrevoir une théorie de la passivité originaire propre à l'enfant qui nous rappelle ô combien le développement du jeune sujet humain s'organise autour du primat de l'altérité de l'autre adulte, objet pourvu d'une chose en plus, l'inconscient sexuel. Les différentes énigmes envoyées dans le sillon de la communication dissymétrique pourraient ainsi venir déborder l'enfant, incapable de maîtriser l'afflux de tensions causées par cette sexualité inconsciente de l'adulte qui le pénètre. L'échec d'une telle traduction pourrait ainsi laisser des messages en suspens, comme « bloqués sur place ». A l'adolescence, lors de la deuxième scène de séduction, le deuxième débordement, (c'est-à-dire, lors d'une scène qui provoquerait une excitation interne et qui redonnerait tout le sens sexuel aux premières), l'épine traumatique déjà implantée attaquerait cette fois le moi de l'intérieur. Elle provoquerait en conséquence le retour de la sensation initiale de débordement sur la psyché et réveillerait les impressions traumatiques sédentarisées depuis la première scène à l'orée de sa conscience. Afin de s'éviter un nouvel envahissement de l'objet, qui provoquerait une double sensation d'attaque, aussi bien intérieure qu'extérieure, le moi se cliverait afin d'organiser une nouvelle stratégie de défense face à l'objet, source d'un danger effroyablement destructeur. C'est ainsi que la relation objectale serait totalement désinvestie au profit d'un investissement narcissique négatif. Cette défense narcissique par répression des affects négatifs provoquée par l'objet semble toute aussi volontaire qu'inconsciente. Par conséquent, ce repli sur soi ne peut que s'entrevoir comme une solution mélancoliforme face aux sollicitations intrusives de l'objet traumatique.

Être effrayé par l'idée d'avoir envie de quelque chose de potentiellement interdit reste, il me semble, une peur classique d'un sujet névrosé tiraillé entre les proscriptions de son surmoi tyrannique et les exigences libidinales de son pôle pulsionnel. Il est en effet difficile de se laisser aller à la tentation sans éprouver un brin de culpabilité. Mais la *terreur d'avoir envie* de cet objet ne semble n'appartenir qu'aux sujets potentiellement effractés par des accidents de la séduction et autres viols tout aussi psychiques que réels. Peut-être alors qu'Hélène, par son commentaire empreint de crainte, est également venue nous raconter sa difficulté à grandir et à accepter sans inquiétude son destin féminin. Son étude de cas me permet en tout cas d'entrevoir l'angoisse de débordement comme une fuite vers l'anti-libidinalité, une possibilité de maintenir une sauvegarde narcissique sans se confronter à l'ambivalence de l'objet. Il me semble que derrière chaque angoisse,

automatique ou de signal, se cache une préparation à la séparation... L'angoisse de débordement serait ainsi une opération de défense qui permettrait de lutter contre les processus de séparation avec le monde de la petite enfance, monde illusoire dans lequel l'objet resterait idéalisé pour toujours. « J'ai peur d'avoir envie » me disait -elle. Peur d'avoir envie de parler et de faire de la réalité insupportable une évidence dans laquelle les corps se sexualisent et deviennent des monstres. « Arrêter de manger, arrêter le processus à l'œuvre, arrêter de grandir, déssexualiser, c'est devenir un ascète »⁸⁶⁴ nous rappelle la littérature. Héritière d'un trouble de l'incorporation, qui s'origine dans la vie traumatique infantile et s'édifie lorsque l'éclosion du corps érotique fait émerger des sensations traumatiques, l'angoisse de débordement pourrait également se penser ou se traduire par la notion *d'angoisse d'effroi*. L'effroi et le débordement, aussi bien que l'angoisse et le débordement, pourraient pour certains commentateurs apparaître comme synonymes, ce qui ferait de « l'angoisse de débordement » un pléonasme. Mais J. Laplanche distingue le terme d'angoisse et de débordement (car le débordement serait pour l'auteur l'une des deux composantes de l'effroi, ce qui marque ici une première distinction avec l'angoisse). L'auteur nous rappelle également que le couple *effroi-angoisse* serait totalement lié au terme allemand *Angst*, terme qui peut s'entendre dans sa langue originale sous deux aspects : la déstructuration, qui nous renverrait à l'effroi, et à un aspect plus structuré qui nous renverrait à l'angoisse. Ainsi, l'angoisse de débordement, dans sa fonction structurante, serait une défense et une préparation contre la déstructuration que provoquerait la non-maîtrise suscitée par l'effroi. Ainsi, je propose de définir l'angoisse de débordement comme un **signal permettant de se défendre contre un processus non-maîtrisé et la menace de la déliaison.**

⁸⁶⁴ Belamich, G. & Costantino, C. (2011). Effraction pubertaire et ascèses anorexiques : du vécu adolescent à la construction du symptôme. *Cliniques*, 2, 30-47.

12.4 Du fantasme de débordement, ou la voracité boulicannibalique

Le fantasme de débordement, celui de silencieusement succomber aux tentations suscitées par l'excès, caractérise aisément le désir inconscient d'un bon nombre de sujets humains aux prises avec la terrible peur de manquer. En vouloir toujours plus, remplir jusqu'au débordement ne garantit cependant aucune satiété, autant affective que matérielle. Au contraire, au regard du concept de l'incorporation orale, l'incorporation alimentaire pose bien là le problème de la *non permanence* de l'objet. Il est en effet plus tolérable pour la majorité d'entre nous de supporter le manque de nourriture sans être traversé par de terribles angoisses de déstructuration. Ce qui apparaît cependant plus difficile à supporter, s'entrevoit dans le fait de ne pouvoir accepter de perdre l'objet, l'objet susceptible de remplacer cette même nourriture de façon permanente. Cette incapacité à accepter de perdre ce qui nous rassure de façon constante ferait émerger nos pulsions cannibaliques. En effet, le seul moyen existant pour s'assurer la présence de l'objet, l'objet d'amour notamment, serait de l'incorporer, afin de se l'approprier et de la garder en soi de façon définitive. L'incorporation, fortement traversée par la dimension fantasmatique de la destruction, pourrait effectivement selon J. Laplanche être désigné par le concept de « cannibalisme »⁸⁶⁵. En effet, comme le rappelle P. Fédida, le concept d'incorporation serait indéniablement soutenu par l'image du cannibalisme. A la manière d'une Boulimique qui dévore pour détruire tout ce qui lui tombe sous la main, l'adolescente Anorexique, dans sa frénésie privative, fait disparaître l'objet spécifique en désinvestissant la totalité de la relation objectale. Ainsi, nous pouvons différencier ce qu'on appelle le débordement alimentaire dit boulimique, propre au sujet humain qui en veut toujours plus pour se remplir d'avantage, et le fantasme de débordement, que j'appelle également fantasme boulicannibalique, soutenu par un désir de voracité négatif. Ce fantasme spécifique semble pouvoir mettre en lumière la problématique d'incorporation cannibalique de l'objet alimentaire. En d'autres termes, ce fantasme sous-jacent à l'anorexie souligne tout le désir paradoxal d'une telle affection, celui de détruire l'objet de haine (une mère, un père, un amant), tout en l'idéalisant en tant qu'objet d'amour. Mais comment ne pas vouloir détruire l'objet qui pourrait nous mener par l'expérience de l'amour à la perte de contrôle la plus absolue ?

Contrairement à ce qu'avance M. Palazzoli Selvini, je ne soutiens pas l'idée que l'anorexie mentale serait une *paranoïa interpersonnelle* qui « permettrait de préserver à la fois le self et la relation d'objet »⁸⁶⁶. Et si la littérature accorde à l'Anorexique une stabilité dans le conflit qui se joue dans l'ambivalence du bon et du mauvais objet, il me semble qu'à l'instar de la boulimie, l'anorexie se caractérise également comme une instabilité entre l'incorporation et l'identification. Et si L. Igoïn nous rappelle que le « remplissage boulimique signe l'échec de la constitution d'un objet interne »⁸⁶⁷, je soutiens, à contrario de l'auteure, que la plénitude ressentie dans la frénésie privative ne s'accompagne pas d'un sentiment d'appropriation à l'objet. En effet, au même titre que la Boulimique, l'Anorexique semble toujours être en recherche d'une stabilité objectale sur laquelle l'identification à un « bon » objet se voudrait possible, nous l'avons notamment

⁸⁶⁵ Laplanche, J. (1976). Pour situer la sublimation. *Psychanalyse à l'Université*. Paris, t-I, n°3 p413-461

⁸⁶⁶ Palazzoli Selvini, M. (1965). *Ibid.*, p. 100

⁸⁶⁷ Igoïn, L. (1979). *Ibid.*, p.100

vu avec Hélène, Flore et Julie. Mais la menace du débordement, de l'irruption et de l'intromission ne semble jamais cesser malgré l'aridité corporelle, l'hyperactivité constante le montre bien. Le tiraillement entre les différents désirs paradoxaux ne manque donc pas. Nous l'avons vu avec Julie qui investit tout autant son père que sa mère en fonction des différentes périodes de sa vie. Leurs positions de parents toutes aussi confuses qu'ambivalentes n'a en effet pas beaucoup aidé Julie à trouver la sérénité narcissique suffisante pour s'engager en sécurité dans le mouvement de la vie pubertaire. Et si le déni, la dépersonnalisation et les différents assèchements émotionnels lui ont permis de se sentir exister à travers l'*Illumination* et l'illusion d'un « bon choix d'objet » (la certitude du pire), la confusion entre le bon et le mauvais objet a pourtant fait rage tout au long de ses nombreuses années d'anorexie.

L'angoisse de débordement caractériserait donc l'organisation défensive de l'Anorexique, terrifiée à l'idée de se laisser agir et dominer par un processus non-maîtrisé. Nous pouvons ainsi considérer l'AM et la Boulimie comme deux phases d'une même entité psychopathologique qui signerait ici l'œuvre de l'incorporation cannibalique, véritable mise en acte d'une « mélancolie corporelle »⁸⁶⁸ (j'emprunte ici la formule de J. Vargioni). Il me semble qu'à travers les frénésies privatives et de remplissages observées chez une même patiente lors de sa traversée mélancolique (comme chez Julie, Flore, Alana, Hélène...), nous pouvons entrevoir la problématique de l'adolescente blessée dans son féminin. La renutrition et le retour de l'ordre établi vont inéluctablement conduire l'adolescente à ressentir ses impressions traumatiques, renforcées par le désir de l'autre de la voir s'incarner en tant qu'objet du désir de l'amant. De plus, le fantasme boulimique qui tiraille la jeune fille anorexique faussement végétarienne, nous rappelle que le désir incessant de maigrir ne fait que colmater « les fausses maîtrises » de ces comportements de restriction. Pour rappel, de nombreux auteurs ont déjà associé l'AM à la boulimie, faisant même de cette dernière le fantasme souterrain de l'Anorexique. En effet, M. Corcos décrit l'anorexie comme « une conduite active, consciente, volontaire de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord (à déraison) avec le fantasme de débordement boulimique qui la sous-tend ».

Pour rappel, je propose de faire du « débordement » le pilier sur lequel le lien entre Anorexie et Boulimie pourrait s'établir. Pour cela, je propose de traduire le fantasme de débordement comme un désir d'une voracité négative (qui associe *voracité* : l'envie naturellement humaine de dévorer et *négative* : qui souligne la tonalité mélancolique), fruit d'un scénario inconscient dans lequel l'adolescente pourrait se réfugier pour détruire l'objet qui menace, autant par son absence que sa présence, autant que pour son attirance que pour sa monstruosité. Ainsi, la formule « fantasme boulicannibalique » me semble intéressante pour réunir à la fois sous la même expression le désir inconscient d'une voracité négative (détruire et faire disparaître l'objet en l'incorporant, et s'éviter ainsi l'insupportable passivation), associée à la notion de boulimie qui nous rappelle ô combien l'extase négative, observée dans les conduites compulsives, signe la tentative de détachement avec l'objet traumatique tout en cherchant une stabilité entre le bon et le mauvais choix d'objet. Destruction, détachement et démelancolisation, un nouveau triptyque sous forme de 3 nouveaux « D » qui peuvent mettre en lumière toutes les douloureuses tentatives de subjectivation nécessaires pour échapper à la mort psychique

⁸⁶⁸ Vargioni, J. (2013). La mélancolie corporelle. *Psychologie clinique et projective*, 19, 135-149.

et réelle. Ainsi, je propose de définir le fantasme de débordement par **le désir inconscient de se livrer à un processus non-maîtrisé pour exister en dehors de la frénésie privative.**

J'ai peur d'avoir envie nous disait Hélène. Mais ce n'est pas un cas isolé. Dans toutes les séances de psychodrame, le désir inconscient des adolescentes a jailli, dans le transfert. La vie pousse toujours à la survie et même quand le corps se meurt, les pulsions semblent toujours pouvoir parler. Mais l'anorexie s'organise de façon tragique pour lutter contre la terrible sensation de passivation que provoque la non maîtrise et la perte de soi. Elle refuse l'ordre naturel des choses, celui de l'ordre érotique... A force de vouloir lui résister, la voracité boulicannibalique finit par prendre le dessus sur la frénésie privative. C'est ainsi que 80 % des adolescentes qui résisteront trop longtemps exploseront du côté du gavage mélancolique. Est-ce alors la poussée constante de libido qui reprend le pas sur le féminin mue par son négatif ? N'est-il pas surprenant d'observer en effet une adolescente s'imposer une terrible restriction alimentaire et un effondrement corporel mortifère pour après coup, après tant de sacrifices, succomber en un instant au débordement boulimique dans une extase compulsive ô combien douloureuse ? Est-ce alors la nature même de la dimension pulsionnelle qui reprend le contrôle d'une dérive ascétique ? Est-ce un simple fait de nature qui répond à la logique du temps ? Difficile en tout cas de convoquer ici la dimension dite naturelle pour expliquer un tel phénomène. Peut-être que la dualité vie/mort avancée par S. Freud résumerait à elle seule l'ordre étrange mais naturel des choses... ? Quoi qu'il advienne, la nature semble difficilement définissable au regard de la métapsychologie. Elle pourrait peut-être se définir par un *tout* dans lequel les « touts » pourraient exister. La nature engendre les lois dites naturelles qui adviennent d'une façon ou d'une autre naturellement sociales, de même que les raisonnements hobbesiens et rousseauistes conduiront l'état de nature à l'état social. Et comme l'a souligné H. Arendt, la nature restera toujours l'ordre du donné, « et ce qu'elle donne en tant que donnée, ce sont les différentes cultures »⁸⁶⁹. Loin de faire référence à la doctrine physiocrate, l'ordre naturel des choses semble totalement détaché de tout ce qui renvoie aux droits fondamentaux des humains. L'ordre, par définition, peut s'entendre comme la mise à disposition des éléments, tel un organisateur de la vie humaine, et structuré par certains principes tels que la satisfaction des besoins primaires pour survivre, ou la loi de l'apesanteur à laquelle nous sommes tous soumis... L'ordre de la nature rejoint donc ce à quoi le sujet humain ne peut échapper au risque de mourir, aussi bien réellement que symboliquement. En effet, l'humain dépourvu de sa puissance d'exister semble déjà mort. Ici se rejoignent les positions de la philosophie vitaliste que l'on retrouve chez B. Spinoza (le désir comme l'essence de l'homme car l'homme est par nature une puissance d'exister), chez F. Nietzsche (la Volonté de Puissance, la volonté de vie, la vitalité en soi par-delà le bien et le mal), de H. Bergson (et son élan vital), de S. Freud et W. Reich (sur la libido et l'orgone comme énergies de vie). L'ordre naturel des choses peut alors s'entendre comme le principe même de la naturalité, le vouloir vers la puissance, qui se résume à la vitalité même d'une chose, telle une *normativité vitale*⁸⁷⁰. Ainsi, en réprimant fortement sa libido, son énergie vitale, en attaquant le corps érotique et mettant en échec la subversion libidinale secondaire, l'adolescente anorexique

⁸⁶⁹ Faes, H. (2010). Ce que donne la nature humaine. Revue d'éthique et de théologie morale, 261, 99-111.

⁸⁷⁰ Concept que l'on retrouve sous la plume de Canguilhem dans son ouvrage *Le normal et la pathologique*, chapitre du social au vital, p. 225 : Canguilhem, G. (2013). II. Sur les normes organiques chez l'homme. Dans : , G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (pp. 247-266). Paris : Puf.

refuserait et s'opposerait à l'ordre naturel de la vie, à la vie en soi, afin d'éviter l'excès et le chaos que la volonté ne saurait naturellement éviter. L'ordre naturel des choses pourrait alors se définir comme la vie qui recherche l'intensité des choses et qui suppose la maîtrise de soi (intégration et régulation des forces) et l'acceptation de la fatalité (*Amor Fati*). L'adolescente anorexique se sent en tout cas totalement incapable et effrayée à l'idée de s'engager dans une telle entreprise sans déborder (« si je commence, je m'arrêterai plus»). Peut-être alors que le soin initié en pédopsychiatrie pourrait s'organiser autour d'un tel raccaptement ?

12.5 La solution anorexique : un agir féministe

12.5.1 L'agir féministe ou la mise en acte d'un féminisme anachronique

A la façon de Vladimir Marinov, qui lève dans son livre *L'anorexie, une étrange violence*⁸⁷¹ l'ambiguïté sur le terme « style anorexique », j'informe le lecteur que l'expression « solution » ne partage aucun lien avec l'idée de banalisation. En effet, l'anorexie est une affection pathologique bien trop grave pour se permettre de la penser comme une simple alternative à la vie douloureuse. J'emploie l'expression « solution », faute de mieux, pour traduire la réaction défensive d'un moi envahi par un déferlement d'impressions traumatiques.

Par *féminisme anachronique*, j'entends l'idée d'un féminisme d'un autre temps pratiqué à l'heure où les femmes ne pouvaient échapper à leur destin de « soumises » qu'à travers le retournement mélancolique de leur passivité en destructivité masochiste. Venue d'une époque où l'ascèse libidinale permettait de se soustraire aux désirs pervers des hommes (les saintes religieuses en sont un bon exemple), cet agir semble malgré la 4^{ème} révolution féministe toujours constituer le moyen défensif privilégié des adolescentes terrorisées à l'idée de se confronter à la passivation. Cette mise en acte nous rappelle par conséquent ô combien les pathologies limites se caractérisent parfaitement par l'expression d'Alana : « agir pour ne pas subir ». En effet « l'action est une telle libération contre la passivité et le fait d'être toujours victime »⁸⁷² nous dirait A. Nin, que certaines adolescentes préfèrent se détruire plutôt que laisser l'autre le faire à travers la séduction agie. Ainsi, la « solution anorexique » semble, bien au-delà de constituer le moyen d'échapper aux menaces intrusives et destructrices des hommes, exprimer un *agir féministe* nécessaire pour échapper à la réification de la féminité, autant que pour protéger le *Féminin traumatique* issu des premières expériences de débordement (provoquées par le complexe de la mère morte autant que par le phénomène d'intromission).

Je définis par conséquent la « solution anorexique » par : « **processus inconscient de repersonnalisation et de resubjectivation qui tend à protéger le moi de la passivation** ».

⁸⁷¹ Marinov, V. (2014). Ibid., p.140

⁸⁷² Nin, A. (1975). Ibid., p.99

Il est possible que certaines jeunes femmes prennent un certain plaisir à afficher leur état squelettique dans les méandres dysthymiques de leur vie douloureuse. Mais contrairement aux apparences et à leurs attitudes parfois provocatrices et/ou ostentatoires, la souffrance ô combien profonde qui caractérise ces jeunes femmes dites « pro-ana », se distingue il me semble de la pathologie des adolescentes anorexiques. Je m'explique. Ces influenceuses existent sur internet depuis près de vingt ans sur différents blogs tel que Skyblog dans les années 2000, aujourd'hui sur Instagram. Des études ont démontré plusieurs choses. Au-delà de ne recenser aucun garçon, ces blogueuses sont rarement en situation de cachexie au-delà d'être rarement concernées par l'anorexie/boulimie médicale. Cependant, et à l'instar des mannequins, ces jeunes femmes/adolescentes semblent rechercher leurs heures de gloire en s'affichant tristement sous le regard dévorant des autres. Elle se soumettent volontairement aux désirs cannibaliques des inconnus en affichant inopportunément leur souffrance, celle d'un féminin tout aussi *traumatique* que difficile à construire en dehors du destin mélancolique. Cet agir de revendication, signe probable d'une *impuissance expressive*, m'apparaît également comme l'expression d'un *refus du féminin*. Je soutiens en tout cas l'idée que la fascination pour la maigreur qu'elles affichent ne reste que le moyen trouvé pour être soutenues et reconnues : soutenues pour « repousser leurs accès boulimiques » et reconnues « pour leur appartenance à une communauté »⁸⁷³.

Au-delà de ce *refus du féminin* affiché, et contrairement aux adolescentes anorexiques, il me semble cependant que cette funeste exhibition ne vient également signer le témoignage poignant de la tragédie esthétique et consumériste de notre temps. Victimes de la violence du *Capital*, ces jeunes femmes représentent parfaitement le symptôme alexithymique sur lequel s'organiserait le « mal contemporain » de notre civilisation. En effet, notre culture moderne tente il me semble de sacrifier les émotions au dépend de pseudos-affects stéréotypés et réducteurs abondamment véhiculés par les influenceurs dépersonnalisés d'Instagram et autres réseaux sociaux. Mais « les femmes » semblent tout particulièrement faire l'objet d'une réification programmée pour le bien du marché néolibérale (les hommes sont bien sûr concernés par le problème, notamment dans le monde du travail). La marchandisation des corps n'est pas nouvelle. Elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses critiques dans les années 80. A. Dworkin⁸⁷⁴ et C. MacKinnon⁸⁷⁵ dénoncent notamment dans leurs ouvrages le mal pornographique qui renvoie dans les discours « la femme » à son statut d'objet substituable. Mais avatar de la fiction de la femme soumise et passive, victime inconsidérée par le mépris institutionnalisé de la subjectivité, divisée par la dichotomie du corps et de l'âme encouragée par le capitalisme, la jeune femme « pro-ana » me semble avant tout totalement perdue dans *le négatif* du monde occidental.

Contrairement donc aux mannequins et aux « pro-ana », l'adolescente anorexique semble, nous l'avons vu, révoltée par les inégalités établies par l'ordre du monde. Certes, elle se perd également dans *le négatif*, zone d'ombres dans laquelle elle se retrouve tout

⁸⁷³ Windels, M. (2010). Les blogueuses pro-ana. Des idéologues de la maigreur sur internet. *Adolescence*, 282, 433-442.

⁸⁷⁴ Dworkin, A. (1988). *Intercourse*. New York : The free Press.

⁸⁷⁵ Mackinnon, C. (1987). *Feminism Unmodified*. Cambridge : Harvard University Press.

autant pour exister (nous l'avons vu avec J.B Pontalis). Souvent critique à l'égard des différences et des inégalités des sexes de notre société patriarcale, elle défend ostensiblement son *refus du féminin* en se délectant volontairement de son destin pubertaire (arrêt des règles, attaque du corps érotique...). Démarche ô combien mélancolique et masochiste, elle s'accuse tout autant qu'elle dénonce sans difficulté la monstrueuse sexualité des hommes. Nous l'avons vu avec Hélène et Julie : « ce sont tous des porcs ». Le projet ascétique dans lequel rien ne doit pouvoir venir déborder semble alors s'inscrire dans une démarche militante de contestation et de revendication connue depuis fort longtemps (sans lien particulier avec le monde moderne). Mais quelle est cette cause impérieuse qu'elle prétend défendre tout en se détruisant ? A la suite des auteures telles que M. Chollet, V. Despentès, I. Zigar, S. Gooldin et C. Ternynck, je pose l'hypothèse que la solution anorexique est *un agir féministe* qui s'inscrit à travers une « subjectivation féminine »⁸⁷⁶ et une « subjectivité héroïque »⁸⁷⁷. Cette terrible et violente régression anorexique ferait suite au *féminin traumatique* momentanément *mélancolique*. Il serait alors l'illustration d'une « certaine forme de crise pubertaire réorganisatrice, dans laquelle la revendication d'une position féminine se cherche, parallèlement à une difficulté majeure d'intégration des données nouvelles de la génitalité »⁸⁷⁸. En se refusant ainsi aux sollicitations de l'objet séducteur, l'adolescente anorexique tenterait de se protéger des menaces susceptibles d'effracter son intégrité subjective.

12.5.3 L'inégalité des sexes, ou la différence avec les anorexies masculines

Il nous est rapporté dans la littérature que le sexe ratio de l'anorexie mentale était de 1 pour 9. Dans mon expérience clinique en pédopsychiatrie forte de dix ans, je constate une différence bien trop significative pour ne pas le noter. En effet sur les 200 patientes que j'ai accompagnés en psychothérapie, je n'ai rencontré que 3 garçons, ce qui ramène le sexe ration à 1 pour 66. Cependant, ces trois rencontres peuvent me permettre d'apporter des arguments pour défendre mes hypothèses d'un *féminin traumatique* et d'un *féminisme anachronique*.

Les trois adolescents que nous avons accompagnés en hospitalisation aux prises avec une anorexie mentale restrictive présentaient tous les mêmes fonctionnements, symptômes et défenses que leurs homologues féminines : répression, illumination, sadisation de l'objet, masochisme mortifère, déni... La grande différence que nous avons notée avec les sujets féminins était que leurs activités sexuelles étaient consciemment agies et mises en acte. Si il est difficile de parler de sexualité génitalisée avec des jeunes patientes défensives sur ce sujet (rares sont celles qui ont déjà abordé la culpabilité ressentie après une expérience de masturbation ou d'excitation au vu de la scène primitive réellement ou fantasmatiquement observée/écoutée/vécue), ces trois garçons pouvaient dans l'intimité de la thérapie confier le contenu sexuel de leurs rêves et leurs attirances charnelles qu'ils ressentaient pour certaines adolescentes ou jeunes soignantes

⁸⁷⁶ Ibid., p.148

⁸⁷⁷ Gooldin, S. (2008). « Being Anorexic : Hunger, Subjectivity, and Embodied Morality », *Medical Anthropology Quarterly*, 22, 3 : 274-296.

⁸⁷⁸ Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod p.148

du service. La pudeur de l'âge... En revanche, il ne se cachait pas du tout pour écrire à certaines filles du service (généralement anorexiques) des lettres d'amour.

Ludo, Jean et Gaëtan sont les trois adolescents gravement malades que nous avons accueillis à des périodes bien séparées et pour lesquels nous avons pu observer une mise en acte de leur sexualité génitalisée. Malgré les angoisses de débordement exprimées, ce rapport notable au *Sexual* semble pouvoir s'expliquer au regard de la problématique de la différence et de l'inégalité des sexes de notre civilisation. En effet, malgré l'*anorexie* et l'*amaigrissement*, les forteresses de la frénésie privative n'ont pas empêché ces trois garçons de vivre et d'assumer leur sexualité pourtant si angoissante et encombrante à l'adolescence. La sexualité de l'homme, malgré les dégâts qu'elle cause sur l'objet passif depuis que le monde est civilisation, semble pouvoir s'exprimer de façon bien plus tolérée dans notre société. Et au-delà de son caractère monstrueux, cela nous montre ô comment la sexualité de l'homme semble si difficile à réprimer et ce, malgré la dénutrition qui pourtant, provoque généralement selon certaines études une perte de la libido. La destructivité de la sexualité du masculin semble tout autant agir à l'intérieur du sujet que sur l'objet.

La dénutrition très sévère semble parfois lever certaines inhibitions. Ludo, 16 ans, est un adolescent qui est resté plus d'un an en hospitalisation pédopsychiatrique après un passage en réanimation et un long temps en pédiatrie pour être nourri par sonde nasogastrique. Il pouvait parfois se lever le matin le sexe en érection sans que cela ne le dérange au-delà de s'énerver lorsqu'un soignant lui demandait discrètement de retourner dans sa chambre pour s'habiller. Pris plusieurs fois en train de se masturber dans le salon commun, l'apogée de sa provocation fécalisée s'est réalisé le jour où il a volontairement déféqué dans sa main pour, selon ses dires, « emmerder » l'aide-soignant qui ne voulait pas lui ouvrir les toilettes après le repas. Ludo a été hospitalisé à une époque où notre service appliquait encore les contrats de poids. Les toilettes étaient ainsi fermées pour que les adolescents hospitalisés ne puissent pas jeter dans les toilettes la nourriture qu'ils avaient dissimulé dans leurs poches (stratégie que l'on retrouve dans les services de soins qui appliquent les contrats de poids). Il m'expliquera en tout cas son geste en me disant : « ils veulent jouer au con, je peux faire pire. C'est débile de fermer les toilettes, du coup, je leur ai apporté la preuve que j'avais vraiment besoin d'y aller ».

Jean avait 14 ans lors de sa première hospitalisation. Tableau clinique comparable à Ludo, il passait son temps à faire des cadeaux à toutes les filles du service dont il était désespérément amoureux. De même pour Gaëtan, hospitalisé à 12 ans, qui sollicitait les soignantes du service pour aller en ateliers art/déco afin de confectionner des cadeaux pour sa maman, son amoureuse préférée.

Le fait d'être une adolescente et de subir les pressions qu'imposent « le complexe de la différence des sexes » pourrait constituer le seul « facteur de risque » dans le fonctionnement pathologique de Ste Catherine et des autres jeunes adolescentes anorexiques ? Notons en tout cas que c'est en tant que religieuse, dans son rapport au divin et à la sacralisation de la pureté (au sens de la délibidinalisation de l'objet) que son trouble d'*anorexie sainte* la tua à 33 ans. En est-il de même pour Simone Weil morte au même âge ? Il semble que l'on pourrait précautionneusement valider l'hypothèse. Le refus de toute forme de plaisir, alimentaire et charnel, semble en effet correspondre au socle de toutes ces dites anorexiques, toutes aux prises d'un féminin traumatique ? Peut-être alors que « le culte de la performance » du XXIème siècle, exigeant une austérité rigoureuse de toute forme de débordement corporel, peut venir rejouer sous d'autres formes les

partitions chrétiennes de l'inédie médiévale. Malgré tout, il se pourrait bien qu'un autre facteur, celui du féminin traumatique issu des douloureuses expériences de passivation, puisse se suffire à lui-même pour expliquer l'effondrement anorexique.

12.5.4 De l'intromission du sexuel au *féminin traumatique*

De l'esthétique helléniste à la beauté médiévale, en passant par l'esthétique néoplatonicien à l'esthétique empiriste, les critères de beauté ont évolué en fonction des époques au même titre que la morale, les lois et les symptômes. Au regard des premières aventures humaines, les minces silhouettes n'ont pas toujours correspondu aux fantasmes collectifs, ni à la quête d'un idéal de beauté. Ce qui ne souffre cependant d'aucune contestation, c'est que mince ou grosse, la femme séduisante a toujours fait l'objet des pires convoitises : ventes aux enchères, mariages arrangés et forcés, prostitutions, esclavages sexuels... Être belle, semble en effet être dangereux, comme nous le rappelle Nadia, la patiente de P. Janet (« puisque les hommes aiment des femmes grosses, je veux toujours rester extrêmement maigre ») ou encore Alana, notre patiente qui préfère rester « froide et moche » pour ne pas se « faire manger ». Alors pourquoi vouloir faire de l'anorexie la conséquence d'un mal contemporain lié à la pression esthétique que « l'idéal de beauté » impose ? Aucune jeune fille anorexique ne semble en effet vouloir maigrir pour être belle, bien au contraire.

A l'instar de I. Ziga, je soutiens l'idée que les *saintes anorexiques* étaient des *saintes rebelles*, capables de tout pour échapper à « la violence des mâles »⁸⁷⁹. En effet, de l'ère médiévale à l'époque Victorienne, je note que les jeunes femmes anorexiques jeûnaient à des périodes du temps où le canon esthétique encensait l'embonpoint. « Quelle histoire est-on en train d'avaler ? » nous dirait I. Ziga... Je réfute en tout cas l'idée de considérer la jeune fille anorexique comme une victime du capitalisme et des réseaux sociaux, obstinée à ne pas manger pour répondre aux standards de beauté de notre temps en imitant les mannequins squelettiques. Depuis hier à aujourd'hui, le féminin de la femme semble en effet destiné à la violence de la passivité. Il doit se conquérir tout autant que se construire dans la rencontre avec le masculin, potentiellement destructeur. Voué au destin mélancolique, le *refus du féminin* peut dès lors protéger le temps d'une longue illusion la jeune fille des déflagrations pubertaires, même si ce renoncement lui coûte souvent très cher.

Je soutiens par conséquent l'idée que le *refus du féminin* observé chez les adolescentes anorexiques fait suite à un traumatisme infantile ou/et à l'incorporation d'un objet traumatique transgénérationnel. Le terme de *féminin traumatique* me permet ainsi de souligner et d'associer l'impossibilité de certaines adolescentes à accéder à la « passivité » propre au féminin au regard de la théorie du trauma. Ainsi, il me semble que l'effraction des pare-excitations par l'absence de l'objet maternel, par l'acte d'une séduction violente d'un adulte ou par l'incorporation des traumatismes sexuels issus des coulisses transgénérationnelles, peut se considérer comme le « prototype du viol psychique et/ou physique » (pour reprendre le terme de V. Marinov) qui implique une intromission. Pour rappel, J. Laplanche définit la « séduction traductive/refoulante »⁸⁸⁰

⁸⁷⁹ Ziga, I. (2009). Ibid., p.61

⁸⁸⁰ Laplanche, J. (2008). La révolution copernicienne inachevée. Paris : Puf

par le concept d'*implantation*. Il distingue l'*implantation* d'une séduction violente qu'il nomme *intromission*. L'*implantation* fait donc écho au fait « d'introduire » pour « faire se développer », contrairement à l'*intromission* où la dimension du développement est absente car il s'agit d'un processus qui « met à l'intérieur un élément rebelle à toute métabole » issu de la folie d'un agent exogène, l'adulte.

Les agirs de destructivité du féminin, c'est-à-dire, ces agirs destinés à détruire la position de passivité nécessaire pour accéder au féminin génital et à la psychosexualité, me semblent en effet mettre en lumière toute la difficulté rencontrée par de nombreuses femmes et jeunes femmes aux prises avec un « féminin blessé » dans lequel, un autre aurait introduit des éléments de violence réels ou supposés faisant écho à l'effraction et la passivité du féminin. Pour rappel, *le féminin* renvoie dans les deux sexes à l'*Hilflosigkeit*, première position de détresse vécue par l'*infans* lors des expériences de séduction précoces. C'est en effet dans cet état de passivité primaire que l'enfant peut se laisser pénétrer, à travers les soins nourriciers procurés par le sein maternel notamment, par les différents affects et autres représentations associés à l'impuissance et la soumission vécues par les femmes à travers le monde et les époques. Au-delà de l'*Hilflosigkeit*, l'enfant va de nouveau se confronter à de nouvelles situations de passivité, voire de passivation, lors des expériences de séduction imposées par l'adulte pourvu d'un inconscient sexuel. Déjà débordé à plusieurs reprises par l'attaque interne de ces objets sources, l'enfant est incapable de symboliser, comprendre ou traduire l'effroi qu'il subit. Ainsi, et au regard de la théorie de la séduction généralisée, je soutiens que le traumatisme lié au *féminin* s'actualiserait dans l'après-coup, lors de la subversion libidinale secondaire. En effet, l'irruption soudaine de la genitalité réactualiserait les impressions traumatiques liées à la passivité du féminin. Les objets traumatiques incorporés et les messages non traduits issus de la séduction sexuelle de l'adulte semblent ainsi constituer les fondements de l'*intromission* de la sexualité évoqués ci-dessus. La séduction violente, celle qui impose par l'activité la domination sur l'objet rendu passif, peut en effet se comprendre il me semble comme une effraction au sens traumatique du terme. Pour rappel, V. Marinov considère que la pathologie de l'anorexie mentale résulterait d'une « intromission cruelle, qui fait saigner le corps féminin »⁸⁸¹. Nous pouvons dès lors, comme le suggère l'auteur, faire un lien entre l'*intromission* et l'incorporation car au même titre que l'*intromission* annule le mouvement des éléments introduits dans le nouvel espace *psychocorporel*, l'incorporation implique la destruction et non le développement des éléments intrapsychiques. Par conséquent, le concept de *féminin traumatique* pourrait ainsi nous permettre de mieux saisir pourquoi le corps pubère des adolescentes anorexiques serait à ce point pris de haine et de destructivité. Il nous permettrait également de peut-être mieux comprendre pourquoi, comme Hélène, beaucoup d'adolescentes anorexiques considèrent « tous les hommes comme des porcs » au-delà de ressentir pour leur père un profond dégoût. La monstrueuse sexualité de l'homme semble à mon sens l'un des éléments fondateurs d'un tel trouble.

⁸⁸¹ Ibid., p. 113

Les récits mythiques dicteraient en partie nos représentations sur la sexualité aussi bien masculines que féminines ? O. Gazalé dénonce en tout cas dans son ouvrage *Le mythe de la virilité*⁸⁸² le piège qui s'exercerait sur les deux sexes. Il semblerait alors que le mythe puisse justifier l'infériorité de la femme et la supériorité de l'homme connus dans nos civilisations. A. Nin, bien au fait de la littérature psychanalytique, nous rappelle que la féminité, autant que la mystification des choses et des normes, sont du fait de l'homme car « toute l'orientation de la vie des femmes est déterminée par les hommes »⁸⁸³. Souveraineté naturelle d'un côté, asservissement de l'autre, l'ordre social établi semble indestructible malgré les différentes tentatives de déconstruction menée par la culture féministe. « Tremblez, les sorcières arrivent » disait un slogan féministe des années 70⁸⁸⁴. Sans succès, car les jugements moralistes ne semblent en effet n'avoir que modérément évolué. Certes, les plaintes et les dénonciations pour agressions sexuelles sont plus nombreuses. Le grand public accepte la « libération » sexuelle des femmes, ça fait marcher le capital (la décadence de la morale bourgeoise a en effet permis au capitalisme de vendre toujours plus de pornographie). Alors à l'heure où la jouissance féminine est encouragée par certaines « philosophies du bonheur » et par le capital (le business du sex-toys ne s'est jamais aussi bien porté), « la sexualité de la femme n'est pas moins conflictuel de nos jours que par le passé »⁸⁸⁵. Au-delà de ce constat, les chiffres parlent d'eux-mêmes : 15⁸⁸⁶% des femmes en France ont subi des violences sexuelles et la moitié d'entre elles avant leurs 15 ans. Les adolescentes d'aujourd'hui résumant en tout cas parfaitement bien ce qui se joue dans les cours de nos écoles : « si un garçon couche, c'est un dieu. Si c'est une fille, c'est une pute ». Ce fantasme d'une sexualité dangereuse et démesurée, fantasme tout aussi masculin que féminin, trouverait ainsi son origine dans l'éternel refoulement de la sexualité féminine. En effet, la « liberté » sexuelle des femmes ne suppose en aucun cas une levée du refoulement car « l'inconscient fait autant violence aujourd'hui qu'hier »⁸⁸⁷. L'impératif féminin du XIX^{ème} siècle « Travaille, économise et renonce à la chair » a simplement été remplacé par celui d'une dictature du bonheur, un brin plus absurde nous dirait J. André, car tout simplement « irréalizable » : « Sois heureuse, sois comblée, bref : jouis ! »⁸⁸⁸. Ces injonctions ne semblent pas libérer les femmes des éternelles représentations de leur sexualité mystérieuse et démesurée. Au contraire, elles continuent d'alimenter leur soumission et leur infériorité. Même le mouvement #Metoo semble s'épuiser. Pour preuve, un récent sondage mené par Ipsos Santé en 2021 vient de montrer que les adolescents seraient majoritairement restés fidèles aux clichés et aux stéréotypes hommes-femmes. L'enquête affirme en effet que les adolescents d'aujourd'hui seraient plus « rétrogrades que leurs aînés ».

⁸⁸² Gazalé, O. (2017). *Le mythe de la virilité, un piège pour les deux sexes*. Paris : Robert Laffont

⁸⁸³ Nin, A. (1975). *Ce que je voulais vous dire* (éd 2021). Paris : Le livre de poche p.78

⁸⁸⁴ Cholet, M. (2018). *Les sorcières. La puissance invaincue des femmes*. Editions Zones

⁸⁸⁵ André, J. (2009). *Folies des femmes*. Paris : Puf p. 9

⁸⁸⁶ Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., Lebugle, A., Lejbowicz, T., Mazuy, M .. & Dupuis, J. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population & Sociétés*, 538(10)

⁸⁸⁷ André, J. (2009). *Ibid.*, p.9

⁸⁸⁸ André, J. (2009). *Ibid.*, p.8 C'est l'anthropologue Margaret Mead qui faisait remarquer que la doctrine ancienne avait au moins le mérite d'être réalisable.

Cependant, en accentuant mes propos sur la violence des hommes dont les femmes font l'objet, j'ai bien conscience de faire l'économie d'un sujet plus « tabou », celui de la « violence des femmes ». J. André et A. Juranville soulignent en tout cas qu'en dehors des mythes (Astarté, Médée, les Ménades...), rares sont les écrits qui évoquent « la fureur criminelle des femmes, sauf en pathologie mentale »⁸⁸⁹. Peut-être alors qu'un travail sur cette « orgie destructrice », si bien racontée par V. Despentès dans son ouvrage *Baise-moi*, pourrait se réaliser au regard de mes hypothèses des angoisses/fantasmes de débordement et du *féminin traumatique* ?

12.6 La frénésie privative : un processus créatif pour échapper aux passions destructives ?

12.6.1 Le refus de l'ordre naturel des choses

La frénésie privative pourrait-elle se considérer comme un processus de création faisant suite à *l'agir féministe* ? L'AM serait alors la « solution » pour fuir les instincts primitifs de la nature humaine ? Il me semble en effet qu'en détruisant le corps érotique et en mettant en échec la subversion libidinale, la solution anorexique se constitue d'avantage comme une *solution répressive*, une éradication du fantasme de débordement et un moyen tout trouvé pour se débarrasser du « vécu brûlant de tentations ». A travers la répression (à défaut de pouvoir refouler, conséquence directe des sociétés libérales selon C. Melman⁸⁹⁰), la jeune fille anorexique essaierait peut-être de se réinventer pour indirectement, tenter une nouvelle expérience de vie, loin de la réalité morbide dans laquelle l'expérience humaine nous invite inévitablement, afin d'exister différemment de ce que la société de « consommation sexuelle » attend d'elle. L'anorexie ou « l'immunité contre les émotions »⁸⁹¹, anesthésie la source des ressentis, le corps, afin de se dégager des folies suscitées par les objets de la tentation cannibalique. Les pathologies de l'agir seraient alors le fruit du désordre « naturel » des choses, conséquences directs des passions primitives auxquelles l'adolescente anorexique tenterait d'échapper par les voies des folies compulsives ? Nous soulignerons alors un paradoxe supplémentaire : échapper aux passions destructrices en se détruisant soi-même. Ce nouveau paradoxe semble cependant mettre en perspective la caractéristique fondamentale du fonctionnement du sujet limite : agir pour ne pas subir...

En poussant au gavage consommateur, je soutiens ici l'idée que la modernité a encouragé la décadence d'un monde dans lequel le rapport au manque et au principe de plaisir s'est aliéné. Il me semble en effet que notre époque actuelle fait émerger de plus en plus de troubles psychopathologiques par le fait d'organiser et d'encourager la jouissance de l'excès. L'être humain, constitué par un champ de forces pulsionnelles internes, ne peut

⁸⁸⁹ Juranville, A. (2002). Violence de femmes: À propos de *Baise-moi*, de Virginie Despentès. Dans : Jacques André éd., *Fatalités du féminin* (pp. 13-41). Paris : Puf.

⁸⁹⁰ Melman, C. (2009). La nouvelle économie psychique. La façon de penser et de jouir aujourd'hui. Toulouse : Erès

⁸⁹¹ Meuret, I. (2006). L'anorexie créatrice. Paris : Klincksieck p.112

en effet orienter comme il l'entend ses propres volontés. Loin d'être le maître dans sa propre maison, il est déterminé par la puissance de l'inconscient et confronté malgré son besoin d'équilibre à la « potentialité excessive » du pulsionnel. Les forces pulsionnelles poussent en effet à la satisfaction du plaisir immédiat et semblent imposer quoi qu'il en coûte leur supériorité sur les vertus louables de la volonté. Par conséquent, un monde dans lequel le « toujours plus » s'affiche en devise impérialiste ne peut qu'encourager la voracité mélancolique inhérente à la vie humaine et générer en parallèle des troubles de l'agir, expressions pathologiques d'une lutte douloureuse contre l'explosion et l'implosion pulsionnelles. A défaut d'être incapable de trouver un équilibre et une certaine forme de maîtrise de soi, « le grand style » nous dirait F. Nietzsche, c'est dire la mise en harmonie des forces actives et réactives (plutôt que de les réprimer), les jeunes adolescentes anorexiques déjà confrontées à l'angoisse de débordement semblent « préférer » se couper du cycle du besoin et échapper aux nouvelles structures de loisirs.

La destruction du corps érotique et le refus du féminin pourraient alors se penser comme le résultat d'un processus créateur qui viserait en même temps la suppression d'une partie de soi, telle « une destruction créatrice », pour emprunter la formule à Schumpeter, ou une *révolution marcusienne* pour protester, non pas contre les répressions bourgeoises, capitalistes et libéralistes comme H. Marcus l'entendrait, mais contre la violente réalité de la nature humaine. L'adolescente anorexique pourrait en effet fabriquer « une immunité contre les émotions vers ce rien qu'elle imagine être l'état le plus satisfaisant du monde »⁸⁹². Nous avons plusieurs fois souligné dans ce travail qu'il était fréquent d'entendre que l'émergence des cas dits *borderline* serait liée à la modernité, aux changements structuraux de notre société qui conduisent à la déresponsabilisation et aux désordres des places, des rôles, des genres... Et si j'ai déjà pu argumenter ma suspicion à penser que l'AM serait l'expression symptomatique d'un monde désorganisé par la confusion, je soutiens plus largement l'idée que l'adolescente anorexique serait une révolutionnaire mélancolique qui tenterait d'exprimer à travers son apparence fantomatique son refus d'accueillir et d'accepter l'horrible réalité qui constitue l'animal humain : monstruosité sexuelle, pulsion de mort, instinct primitif, débordement de l'oralité, jouissance de la destructivité, domination du masculin sur le féminin... A travers le déni, la dépersonnalisation ou l'alexithymie, les défenses ne manquent pas pour s'éviter la violence dans laquelle l'être humain ne peut se délecter. L'espèce humaine est déterminée, agie par des forces obscures, par excès et pour l'excès destructeur, sans limites ni contraintes, malgré le fait que tout peut déborder et/ou se déstructurer. La pulsion n'a en effet rien de rationnelle, rien de quantifiable ou d'objectif. Elle ne sera jamais soumise à la volonté. Ainsi va l'ordre des « choses humaines ».

Comment alors raccompagner ces adolescentes sur le chemin de l'ordre établi en les confrontant, sans trop les blesser plus qu'elles ne le sont déjà, à leurs cauchemars les plus absolus ? Quel désir essayons-nous de satisfaire lorsque nous insistons dans notre obsession à soigner ? La bascule boulimique ne signerait-elle pas l'échec de la résignation autant qu'elle révélerait le fondement de leur propre nature ? Je soutiens en tout cas l'idée que le soin spécifique aux adolescentes aux prises avec l'anorexie mentale doit s'organiser autour d'une reconquête, celle du corps érotique, nécessaire pour se mouvoir dans son existence.

⁸⁹² Meuret, I. (2007). Ibid, p .112

Je soutiens l'idée que les problématiques *alimentaires* se souscrivent indéniablement aux problématiques affectives. En effet, l'ordre vital est toujours envahi par des problématiques psycho-affectives et inversement. La faim et l'amour sont donc totalement interdépendants l'un de l'autre au même titre que le sont les *pulsions d'autoconservation* et les *pulsions sexuelles*. L'adolescente menacée par ses pulsions sexuelles qui émergent à la suite de la subversion libidinale secondaire serait-elle alors menacée dans sa propre survie ? Le « domptage »⁸⁹³ du chamboulement libidinal semble en tout cas difficile à organiser pour ces adolescentes effrayées de perdre la maîtrise. Nous l'avons vu dans la partie clinique, toutes sont terrifiées à l'idée de se laisser aller, à faire l'expérience du plaisir et de réveiller en conséquence le monstre boulimique qui n'attend qu'à déborder au-delà de les dévorer. Mais l'autodestruction pour l'autoconservation rend la traversée anorexique tout aussi paradoxale qu'extrêmement douloureuse. Je note ainsi que c'est la menace du *sexual* qui viendrait mettre à mal la fonction alimentaire et qui induirait par conséquent un trouble de l'autoconservation, l'*anorexie*, conséquence directe du refus du corps érotique et de l'angoisse que ce dernier déborde. Le corps érotique, « terreau de la subjectivité »⁸⁹⁴ ne peut alors s'édifier au-delà de se désétayer du corps biologique. Mais comme le rappelle C. Dejours, l'édification du corps érotique reste le résultat « d'un dialogue autour du corps et de ses fonctions qui prend appui sur les soins corporels prodigués par les parents et dont les étapes principales se jouent dans les trois à cinq premières années de la vie »⁸⁹⁵. C'est ainsi que je soutiens l'idée que les conflits intrapsychiques qui animent l'adolescente anorexique (du fait d'un complexe de la mère morte, d'un féminin mélancolique et/ou d'un féminin traumatique issue des accidents de la séduction et des viols psychiques ou réels), induisent le trouble de l'économie psychique du corps érotique qui ne peut que s'effondrer sous l'effet de la répression. Le clivage qui découle de cette amputation du corps ne semble pouvoir se restaurer qu'à travers l'expérience corporelle issue de la relation de tendresse soignante. En effet, que ce soit du fait des impasses d'une relation d'amour ou du fait de l'intromission liée à la séduction, je soutiens l'idée que l'effondrement du corps observé de l'AM peut se restaurer par la subversion du corps biologique qui ne peut que s'opérer au contact du corps à corps et d'une séduction chaleureuse et contenante. Ainsi, le corps érotique pourrait émerger dans un travail sur l'étayage qui impliquerait trois éléments : séduction, traduction, symbolisation (par l'élaboration).

La souplesse du cadre du soins pédopsychiatriques, accompagnée d'une attitude plus « tendre », au regard de la *chaleureuse tendresse* nécessaire à l'implantation de la sexualité, pourrait agir de façon subversive et ainsi, restaurer le narcissisme et rétablir le fil de l'ordre érotique, le *sexual*, inhérent au processus de subjectivation.

⁸⁹³ Freud, S (1937). L'analyse finie et l'analyse infinie, suivi de Constructions dans l'analyse (2019 éd). Paris : Puf

⁸⁹⁴ C. Dejours (2009). Ibid., p.18

⁸⁹⁵ C. Dejours (2001). Ibid., p.17

12.7 La certitude du pire : un obstacle au soin

12.7.1 La pathologie du narcissisme : je suis dans le pire donc j'existe

« Qui suis-je si vous m'enlevez mon anorexie ? » est un commentaire que j'ai si souvent entendu lors d'entretiens psychothérapeutiques que nous pouvons dès lors valider que l'anorexie mentale se constitue davantage, du moins pour un temps, comme une forme de présence particulière d'être au monde, une « solution » certes dramatique mais efficace pour se sentir exister malgré la dépression narcissique grave qui la sous-tend. Pour reprendre la formule de M. Roques, l'agir anorexique pourrait alors constituer un pont « allant de la régression anorexique vers l'évolution identitaire »⁸⁹⁶.

Je rappelle en tout cas que nous pouvons considérer l'AM comme une pathologie du narcissisme. En effet, les blessures narcissiques semblent se révéler dans le piège d'un faux miroir idéalisé ou fécalisé qui ne peut que renvoyer le reflet d'un narcissisme de mort, celui d'un fantôme ascétique. Ce narcissisme de mort semble en tout cas contaminer l'ensemble de la « communauté anorexique », communauté qui s'organise selon moi autour d'un narcissisme destructeur et porteur d'une marque de négativité. Pour rappel, A. Green souligne que *le narcissisme négatif* affaiblirait toute la puissance libidinale initialement investie sur le moi et provoquerait une fermeture au monde extérieur, une fermeture initiée par la pulsion de mort. Ce serait à la suite de cette fermeture que pourrait se créer ce que je nomme « communauté ». En effet, nous repérons dans l'expérience clinique l'existence d'un groupe social régi par la certitude du pire, un microcosme anorexique aux règles et aux normes rigoureuses, sur lequel certaines jeunes filles viennent se retrouver au-delà de s'identifier. Ce groupe de jeunes filles se veut discret et agit en silence car contrairement aux « pro-ana », on ne les retrouve pas sur internet ou les réseaux sociaux. Ne pas s'exposer semble en effet être une règle à respecter. C'est l'Omerta anorexique : ce projet se traverse dans la souffrance et la solitude, c'est le principe du *narcissisme négatif*. Il ne conduit qu'à la destructivité et ne fait que réduire le potentiel de vie de l'adolescente, elle-même piégée par le néant de la pulsion de mort qui ne cherche qu'à l'anéantir.

Faire partie de la communauté n'est donc pas donné à tout le monde. Certaines adolescentes peuvent, de ce fait, se revendiquer « comme pires que les autres » et nous dire sans complexe qu'elles sont de « vraies anorexiques » (en comparaison avec d'autres adolescentes hospitalisées pour TCA non spécifique). Mais paradoxalement, elles sont nombreuses à ne jamais employer le terme « anorexie », mot visiblement trop marqué par « l'échec » de l'idéal du moi, nous l'avons vu avec Laure et Alana (et ce ne sont pas des cas isolés). Le processus d'identification au groupe se fait donc par l'utilisation du pronom personnel « on », utilisé pour souligner son affiliation aux « autres filles qui ont la même pathologie que soi ». « Nous » sommes malades, sages, pures, exilées... Sentiment d'illusion groupale qui protège de la communauté des humains monstrueusement libidineux, dégoûtants et débordants. « Nous » les acétiques, capables de se priver de tous les excès, de ne pas succomber à la tentation... De leur secte d'âmes éveillées, saines et au-

⁸⁹⁶ Roques, M. (2015). L'expérience sublimatoire du choix d'objet homosexuel d'une adolescente anorexique. *Adolescence*, 331, 75-86

delà de tous les péchés, elles respectent scrupuleusement tout un ensemble de comportements symboliquement légiférés par les autres « féministes anachroniques », techniques masochistes tenues secrètes par les fidèles, révélées seulement pour les nouvelles adeptes dignes de recevoir le précieux statut. En hospitalisation, des rituels se respectent, des astuces se partagent. Ainsi, l'amaigrissement et la privation produisent « des techniques du corps »⁸⁹⁷ qui s'incarnent, se structurent et « se labellisent »⁸⁹⁸ dans des comportements propres au monde anorexique. Mais l'illusion sans la désillusion n'existe pas. Les comparaisons et les rivalités font rage dans la course à la maigreur, dans la quête du pire. Les plus maigres, les plus « malades », sont par conséquent toutes aussi admirées que jalosées, Flore nous l'a très bien raconté à travers son jeu psychodramatique. C'est ainsi que la « cheffe de gang » va malheureusement servir d'exemple à celles qui vont découvrir le monde de l'hospitalisation. Il est fréquent que les adolescentes reconnaissent après coup s'être effondrées en hospitalisation après avoir compris qu'un tel effondrement était possible avec un peu d'aide... A contrario, celles qui vont craquer et laisser le plaisir rejaillir seront excommuniées par les autres restées fidèles à la doctrine sacrificielle. C'est pour cela qu'un service d'hospitalisation pour adolescente anorexique se doit de réfléchir son cadre de soin, de façon à ne pas générer une atmosphère délétère qui validerait la certitude du pire dans laquelle ces jeunes adolescentes se retrouvent. En effet, un service trop rigide qui encourage et accentue la dynamique de soins sur le retour de l'ordre des choses en insistant ou en forçant, deviendrait le complice de la monstruosité humaine que les adolescentes anorexiques dénoncent. Ces attitudes soignantes négatives peuvent de plus renforcer les obstinations et les rigidités des plus vulnérables, celles pour qui les assises corporelles et narcissiques sont trop fragiles. Le soignant ou le service médical désigné comme *l'objet persécuteur* renforcerait de ce fait l'adhésion aux conduites anorectiques dont l'objectif est de se perdre dans *le négatif*. Il encouragerait également le masochisme mortifère et l'effondrement mélancoliforme. Les exemples de Julie (« vous voulez me forcer à avoir un corps que je ne veux pas ») et de Flore (« vous êtes des merdes, vous me rendez malade ») nous montrent bien qu'en cherchant à les contraindre et en refusant à respecter leur *subjectivité héroïque*, nous renforçons malgré nous l'idéologie du *féminisme anachronique* et accélérons l'effondrement dans le refuge hétérotopique. Pire encore, nous accentuons le clivage entre l'autoconservation et le besoin, clivage qui ne fait que consolider la problématique de la fragilité narcissique, narcissisme déjà suffisamment imprégné d'agressivité, de violence et de mort.

Au regard des exigences sociétales, familiales et scolaires, les adolescentes anorexiques sont généralement décrites comme des enfants aux parcours impeccables. Mais ce « modèle d'excellence » n'est qu'un leurre, nous le savons autant qu'elles. La « maladie » n'apparaît malheureusement que comme une tentative de réappropriation des choses, tel un projet de subjectivation dégagé du désir d'un corps étranger. Par conséquent, l'anorexie mentale anesthésierait la source libidinale, ses éprouvés sensoriels, corporels et affectifs afin de se protéger des désirs intrusifs de l'autre inquisiteur (ce que le soignant doit éviter d'être). Alors si « ce renversement dans le contraire est une façon de remettre l'objet du désir à distance, de rétablir des frontières

⁸⁹⁷ « Les techniques des corps », expression introduite par Mauss en 1902.

⁸⁹⁸ Durif-Bruckert, C. (2017). *Expériences anorexiques : Récits de soi, récits de soin*. Paris : Armand Colin p.112

et une identité menacée »⁸⁹⁹, le personnel de soin se doit, il me semble, d'être capable de tenir une position phénoménale, une position dans laquelle il devra se mettre à distance de son besoin narcissique de guérir l'autre pour se sentir exister.

12.7.2 Le tyran et sa proie : itinéraire d'une relation fécalisée

Il faut souligner que lorsque le diagnostic est posé, et que l'enfant est hospitalisé, un autre déni s'invite sournoisement. Les soignants de pédiatrie ou de pédopsychiatrie, pris dans la difficulté de dépasser l'urgence somatique et symptomatique sont en effet parfois enlisés dans un déni particulier : c'est le déni de la subjectivité qui agit sous le dictat *du principe de principe*. Le déni anorexique d'un côté, le déni soignant de l'autre, *un double déni* qui rend la rencontre thérapeutique compliquée voire impossible. Ce déni de la subjectivité, de la sensibilité de l'autre, provoque en conséquence un contre-transfert institutionnel négatif dans les services de pédiatrie générale et de pédopsychiatrie, pas toujours spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires. Certains soignants, peu ou pas suffisamment formés, ont l'impression d'avoir à s'occuper de jeunes filles capricieuses, qui manipulent et tyrannisent. De ce fait la « rencontre existentielle »⁹⁰⁰, au sens de Binswanger⁹⁰¹, ne peut s'établir, et la dynamique de soin s'enraye dans une confusion aux conséquences catastrophiques. Il suffit cependant d'attentivement écouter pour mesurer et comprendre l'immense souffrance qui les accable, parfois jusqu'à la mort. La « tyrannie anorexique » existe, elle s'observe aisément à travers l'emprise que l'adolescente terrifiée par la passivation exerce sur l'objet en le fécalisant. La fécalisation de l'objet, nous l'avons vu avec Flore, permet au sujet (soignant comme soigné) de garder le contrôle de ce qui lui échappe. Mais les adolescentes anorexiques sont bien les principales victimes endommagées par ce tyran sadique. Coincées et piégées dans leur système défensif, elles font les frais de leur frénésie privative pour le meilleur comme pour le pire.

Le tyran anorexique reste en effet le tyran dictateur qui régit les règles de la vie d'un monde où l'on meurt de faim. L'adolescente anorexique vit en enfer, un enfer tout aussi caricatural que protecteur. Rien de comparable à l'enfer diabolique dans lequel on brûle indéfiniment pour avoir mené une vie de débauche et de jouissance absolue. C'est un enfer ascétique, sur terre, dans un réel fait de privations et de sacrifices, où toute faute est sévèrement punie par le dictateur exigeant et intransigeant.

J'ai ainsi fait dans ce travail l'hypothèse d'un « autre moi » pour donner forme à ce dictateur que certains auteurs comparent au surmoi. En effet, je soutiens ici l'idée que le surmoi ne détruit pas mais qu'au contraire, il régule, il filtre, il interdit certes, parfois de façon cruelle, mais il équilibre au-delà de réguler les conflits entre les interdits du moi et les poussées du pôle pulsionnel. Conséquence directe du clivage, cet autre moi surveille, monte la garde telle une sentinelle prête à bondir sur sa proie. Sa victime préférée reste

⁸⁹⁹ Jeammet, P. (2000). L'énigme du masochisme, in: André J. (dir.): L'énigme du masochisme. Paris : Puf, pp. 31-68

⁹⁰⁰ Van Damme, P. (2010). Ludwig Binswanger un fondateur méconnu. Gestalt, 37(1), 175-188.

⁹⁰¹ « Le patient n'est pas un objet mais un sujet, un partenaire dans l'être présent ; la rencontre des deux partenaires se fait sur l'abîme de l'être-présent. Le transfert n'est qu'un des modes de la rencontre qui est un être-ensemble dans un présent »

bien-sûr son esclave anorexique, mais il peut déclencher de terribles colères sur autrui lorsque le danger se fait sentir. Dans ces situations, l'adolescente envahie par son angoisse de débordement retourne sa passivité masochiste en activité sur l'objet qu'elle tente de détruire. Elle transpose le plus souvent son enfer tyrannique sur ses parents, mais la majorité des soignants n'est pas épargnée par de telles attitudes. La tyrannisée devient le tyran, le temps d'un instant, au grand désespoir d'un entourage médusé face à l'inconnue qui leur tient tête. La docile petite fille aux comportements sacrificatoires se rend instantanément coupable de coups bas directement dirigés pour toucher là où ça fait mal... Telle une bête blessée en danger, elle se défend de l'agression parentale, présence menaçante pour son existence si difficile à exercer. Et lorsque l'intrusion de l'objet devient trop menaçante, elle peut violemment sauter sur sa proie, le plus souvent la mère, le dernier recours, toujours, le dernier secours, du premier jusqu'au dernier jour. « Je ne mange pas donc je suis » lui expliquerait-elle.

12.7.3 L'enfer, c'est l'autre moi

L'expression Sartrienne « l'enfer, c'est les autres »⁹⁰² pourrait ici apparaître comme une problématique importante de l'anorexie mentale. « Tous ces regards qui me mangent »⁹⁰³ écrit J.P Sartre. Alana aurait pu défendre l'idée sartrienne, « j'ai peur de me faire manger » nous disait-elle. Mais ce n'est pas un cas isolé. En effet, dès que j'interroge les adolescentes sur l'origine de leur souffrance, toutes sans exception m'interpellent sur leurs difficultés à se sentir en confiance auprès de l'autre, visiblement toujours présent pour manger, juger, rabaisser, se moquer et détruire l'autre... Au-delà des problématiques évoquées ci-dessus, s'ajoute un obstacle important dans l'accompagnement des patientes anorexiques. Les adolescents, au-delà de Julie, sont en effet terrifiés par le regard de l'autre qu'ils considèrent comme un véritable juge inquisiteur aux pouvoirs impitoyables de définir et de déterminer la qualité de leur personnalité. D'un autre côté, leur désir d'éviter la solitude et la colère que l'isolement leur procure soulève un nouveau paradoxe. Effectivement, l'anorexie semble apparaître comme une pathologie de la relation, autant qu'avec l'autre au sens général du terme, qu'avec la nourriture, *objet substitut* de l'autre, réduit au statut de mauvais objet. Et en effet, je soutiens l'idée qu'une adolescente aux prises avec l'anorexie mentale entretient une relation similaire à l'autre qu'avec l'objet alimentaire. Alors sans l'autre, la solution anorexique pourrait -elle se montrer moins répressive ? C'est en tout cas ce que Julie pourrait nous laisser penser : « je mange plus facilement lorsque personne ne me regarde ». Nous pourrions traduire cela par « je mange plus facilement lorsque personne n'est témoin de mes fantasmes de débordement » et par « je mange plus facilement lorsqu'on n'attend rien de moi ».

Ici se pose à mon sens la problématique identificatoire dans laquelle nous devons entendre leur difficulté d'exister. Effectivement, l'être humain se regarde à travers le regard de l'autre qui prend à l'occasion un rôle de miroir malheureusement pas toujours magique. Lorsque les assises narcissiques sont fragiles, le regard de l'autre ne peut qu'apparaître comme persécuteur. Mais comme le rappelle J.P Sartres, quoi que l'on

⁹⁰² Sartre, J.P. (1943). Huis Clos. Paris : Gallimard

⁹⁰³ Ibid., p. 93

ressente de soi-même, le jugement d'autrui entre toujours dedans « et si nos rapports sont mauvais, on se met dans la totale dépense d'autrui et alors je suis en enfer »⁹⁰⁴.

Comme le soutient M. Corcos, l'anorexie mentale peut se comprendre comme une « pathologie du lien »⁹⁰⁵ à soi, aux autres et au monde. Cette pathologie de la relation nous ramène sans trop de difficulté au mythe de Narcisse. En effet, le mythe semble mettre en lumière toute la *problématique du lien* qui traverse les adolescentes anorexiques, condamnées à ne pouvoir investir aucun autre objet que soi, le bonheur n'étant possible que dans la non-connaissance de soi. S'oublier pour aller bien, s'oublier pour accepter les choses telles qu'elles pourraient s'offrir à soi... A la manière de Narcisse ou d'Echo, les adolescentes anorexiques apparaissent en effet aux prises avec ce processus de dé-subjectivisation, comme pour se protéger de ce qu'elles auraient envie de voir, d'avoir et d'être... « On ne m'aimera pas si je suis grosse parce que je me déteste ». Le paradoxe, caractéristique du syndrome anorexique, prend ici tout son sens. : « Je me déteste mais je veux que l'autre m'aime un peu ». Un peu, car jamais trop. Rien ne doit déborder, parce que condamnées à l'excellence, elles vont investir ce projet identitaire pathologique avec acharnement...

Une autre question reste cependant en suspens. Effectivement, le regard de l'autre agit à la façon d'un juge inquisiteur qui destitue d'un simple coup d'œil n'importe quel individu de sa glorification narcissique. Mais peut-être que le regard de l'autre se constitue davantage des projections affectives du sujet lui-même observé ? Et si l'autre n'était que le réceptacle de nos percepts empreint d'affects négatifs ? Alors, l'enfer, serait-il vraiment les autres ? L'enfer ne serait-il pas tout simplement, comme le dirait certaines patientes, le fait d'être juste soi ? « L'enfer, c'est moi » nous diraient-elles, ou plutôt, « l'enfer, c'est l'autre moi ». Je m'autorise ainsi à penser que l'enfer pourrait se caractériser par notre incapacité à se défaire de nos élans masochistes, à reconnaître et à accepter nos propres affects mortifères. Et si l'enfer n'était rien d'autre que l'expression de notre narcissisme négatif (le narcissisme de mort), l'expression de notre capacité à investir l'objet sans débordement ou restriction ? Et c'est ainsi que par projection, nous faisons porter à autrui nos sentiments et nos désirs personnels. Ce fonctionnement défensif annulerait par conséquent la possibilité du secours de l'autre, pourtant si indispensable à la vie humaine. Mais au regard de mes hypothèses, le clivage observé et décrit tout au long de ce travail ferait bien émerger un autre moi féroce dont l'objectif serait, d'un point de vue économique, d'anéantir la vie libidinale afin d'éviter à l'appareil psychique de subir *la poussée constante* initiée par la force du pulsionnel. Ainsi, ce serait bien un *narcissisme de mort* qui sadiserait le sujet par retournement de la passivité en activité masochiste, rendant ainsi inexistant l'autre, l'objet soignant venu lui porter secours.

⁹⁰⁴ Sartre, J.P. (1973). Un théâtre de situation. Paris : Gallimard p. 36

⁹⁰⁵ Corcos, M. (2011). Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Paris : Dunod

L’aphorisme Nietzscheen « deviens ce que tu es » s’invite souvent comme thème des jeux de psychodrame ou dans les discussions des groupes de paroles que j’anime. Aucune jeune adolescente souffrant d’anorexie mentale que j’ai pu suivre en psychothérapie individuelle ou de groupe ne se projette dans un « futur anorexique ». Toutes, sans exception, évoquent en effet leur psychopathologie comme un passage temporaire marqué au départ par *l’effondrement anesthésique*. Tel un accident de parcours, c’est un véritable voyage pathologique qui, comme tout voyage, est marqué par un départ et une arrivée (une destination). L’hostilité à concevoir la passivité du féminin rend le processus identificatoire impossible. Mais les adolescentes anorexiques, à l’instar de tous les adolescents, ne cessent de rêver et de se projeter entre un futur merveilleux et un passé idéalisé. Là est la fonction de l’idéal du moi, permettre au sujet de se projeter dans un avenir « parfait ». Elles ont peut-être objectivement cessé de s’amuser, de rire et de jouer, mais comme les enfants, elles sont dotées d’une poétique sensibilité qui leur permet finalement, de ne jamais renoncer au plaisir qui fait le poète, celui de « transporter les choses de son monde dans un ordre nouveau à sa convenance »⁹⁰⁶.

La destination finale reste en effet généralement la même : la guérison, comme un retour à la vie dite « normale ». Néanmoins, la « normalité » qui renvoie à la « libidinalité » est tout ce qui est à éviter pour ces jeunes filles. Pourtant, refuser la voie inévitable de la vie s’avère problématique. C’est probablement en ce sens que l’anorexie mentale peut se raconter comme une pathologie paradoxale, antinomique aux fondations même de l’agir stoïcien : affronter et changer le cours des choses qui ne dépend pas de soi.

A bien écouter le clivage qui fait rage, il est possible d’entendre les discours opposés tenus par le moi et par son double :

- « OUI j’ai besoin d’aide et je veux vivre une vie normale et heureuse » (discours sensible du moi profond porté par les désirs d’un idéal du moi bien en place et caractérisé par un *narcissisme de vie*).

- « NON je n’ai pas besoin d’aide, laissez-moi dans mon anorexie qui me protège » (discours défensif de l’autre moi issu du clivage et caractérisé par un *narcissisme de mort*).

Ce paradoxe oui/non fait coexister, aux côtés des volontés du moi profond, un double fantomatique anorexique, au-delà de faire vivre une dualité entre un *narcissisme de vie* et un *narcissisme de mort*. En collaboration avec l’idéal du moi, le moi immature s’appuie sur un fantasme faussement mégalomane de toute puissance et de réussite : « je serai médecin et j’aurai une grande maison ». C’est la spécificité de l’anorexie mentale de l’adolescence. Toutes se projettent spontanément dans un mouvement de vie, réalité d’un possible qu’elles viennent pourtant nier au profit d’un idéal illusoire autosadique qui les condamne au pire cauchemar de leur « moi tête »⁹⁰⁷ : l’imperfection. Effectivement, dans le discours intellectualisé par *illumination* s’invitent des idées de grandeur dans lesquelles les jeunes patientes anorexiques projettent un futur glorieux sans pourtant s’en convaincre. Mais ce mouvement de vie spontané reste figé au stade de projet, mélangé à

⁹⁰⁶ Freud, S. (2014). Le poète et l’activité de fantaisie. *Revue française de psychosomatique*, 46, 131-140.

⁹⁰⁷ Marinov, V. (2008). *Ibid.*, p.194

bien d'autres fantasmes. L'idéal du moi semble en effet sous le joug de la tyrannie dictatrice incorporée qui, de façon cruelle, attaque et réprime tous les sursauts de désirs. Mais contrairement à ce que l'on pourrait lire ou penser, je considère que les adolescentes anorexiques désirent, désirent même beaucoup (leur lutte contre la faim en est un bel exemple) probablement du fait du *narcissisme de vie* qui caractérise leur moi profond. Mais entre le *narcissisme de mort* et la *mégélanie* de l'autre moi (dans l'incapacité de faire le deuil de la toute-puissance infantile), le désir de l'anorexique semble se trouver dans un conflit difficile à résoudre (les fantasmes héroïques du moi idéal sont brouillés par la survenue de l'autre moi dictateur terrorisé par les fantasmes de débordement). Les désirs effraient, au-delà qu'ils échappent au contrôle. Peut-être alors que les thérapies autour de la jeune fille anorexique devraient s'articuler autour des différentes modalités du désir plutôt que de s'obstiner à leur rappeler sans cesse à ce bon vieux principe Bonapartien : « Quand on veut, on peut » ! Il me semble qu'il est plus intéressant de travailler avec elles sur l'historicité de leur lien au plaisir et à la gourmandise, véritable point d'achoppement de leur mal-être... Quoi qu'il en soit, leur besoin d'aller mieux s'exprime haut et fort à travers leurs actes, leurs lapsus et leurs rêves. Rares sont celles qui s'opposent en effet aux soins ou à la psychothérapie malgré les contraintes que cela peut engendrer (Hélène a fait pendant plusieurs années deux heures de trajet aller/retour pour une séance de 45 min de thérapie individuelle). En effet, en rappelant que « l'hospitalisation est généralement bien acceptée »⁹⁰⁸, il est possible de penser que ce ne soit pas le soin en lui-même qui soit refusé, « mais plutôt le rapport à la passivité si l'obligation est comprise comme une soumission plus que comme une limite à la maîtrise ». ⁹⁰⁹

12.8 L'hospitalisation : non-lieu psychique et immobilité motionnelle ?

12.8.1 La séparation ou l'alimentation du processus mélancoliforme

Tous les parcours de soins rencontrent une difficulté toute aussi complexe qu'inévitable. Aller mieux fait souffrir, car il s'accompagne de tout son lot de cauchemars initialement mis de côté : reprise de poids, retour du corps sexué, expérience du plaisir... Le temps que l'accordage affectif et corporel puisse opérer, l'adolescente passe par un abominable entre-deux où l'angoisse de débordement s'intensifie au-delà de vivifier les impressions traumatiques. Une patiente me disait à ce propos : « je n'ai jamais eu autant envie de mourir qu'à ce moment-là, c'était tellement horrible ». La maturité acquise par la patiente au fil du temps et des soins ne permet pas toujours d'accueillir le retour de l'ordre naturel des choses avec joie et tranquillité. Bien au contraire, bons nombres d'adolescentes ont rechuté très gravement tant les nouvelles données somatiques et psychiques ont chamboulé leur rapport au monde, et laissé place à un nouvel ordre insupportable, l'ordre érotique, ordre de la jouissance et de l'excès possible. Amélie Nothomb nous livre à ce sujet un témoignage tout aussi parlant que poignant :

⁹⁰⁸ Vialettes, B., Samuelian-Massat C., Valero, R., Beliard, S. (2006). The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters : « the girl, the family and the medical profession » : discussion in a French legislative context. *Diabetes & Metabolism*, 32 : 306-311

⁹⁰⁹ Votadoro, P. (2019). La haine sous contrat : soigner l'anorexie à l'hôpital. *Adolescence*, 2(2), 247-267.

« Les souffrances de la guérison furent inhumaines. La voix de la haine que l'anorexie avait chloroformée (...) se réveilla et m'insulta comme jamais ». ⁹¹⁰

Les histoires de Julie et de Flore sont des histoires douloureuses, pourtant classiques pour de nombreuses adolescentes qui ont connu les conditions austères de la psychiatrie, non-lieu psychique trop souvent dépourvu d'espaces dans lesquels les problématiques affectives peuvent venir se dérouler en sécurité. Pour Julie comme pour Hélène, c'est finalement juste l'histoire d'un contrat de poids qui tourne mal, d'une souffrance hospitalière qui s'associe à l'angoisse que tout déborde et anéantisse le dernier petit souffle de vie. *Déni contre déni* aux portes d'un enfer tout aussi ascétique que iatrogène si bien décrit par les jeunes femmes qui l'ont connu, l'expérience psychiatrique blesse et vous embarque avec elle dans un sombre cauchemar folklorique cependant bien réel. De l'isolement au rejet, de la solitude à l'ennui, toutes racontent la violence interne et externe qu'elles ont vécu, même si paradoxalement le « besoin de soins » n'est que très rarement voire jamais remis en question.

Dans le cadre de ce travail de thèse, je suis allé à la rencontre d'anciennes patientes anorexiques devenues adultes. J'ai pu ainsi recueillir de précieux témoignages qui sont venus valider mes hypothèses sur la violence que génèrent les contrats de poids. Le contrat de poids de Julie, point d'achoppement de ce travail, n'est en effet pas un cas isolé. De nombreux articles et ouvrages en racontent les néfastes effets, de nombreux thérapeutes en dénoncent les douloureuses séquelles. La France reste l'un des derniers bastions qui résiste. Défendu par des psychanalystes pour *le cadre* qu'il offre dans la matrice d'organisation thérapeutique, le contrat de poids et de séparation tel qu'il est pensé est également pratiqué par les thérapeutes d'obédience « comportementaliste ». En effet, la TCC domine de plus en plus dans les services de psychiatrie (au-delà du fait que la psychanalyse disparaît peu à peu) mais s'accorde sur ce point avec l'ancienne tradition analytique : isoler, séparer et contraindre pour lutter contre le « contrôle sadique » anorexique et permettre à l'adolescente de s'identifier à d'autres objets que leurs parents tristement mélancoliques. Alors bien sûr, la séparation le temps de la semaine avec le système familial, et le contexte d'angoisse qu'il engendre, semble déjà pouvoir faire gagner l'adolescente en maturité. L'hospitalisation à temps complet permet en effet de faire souffler tous les protagonistes du système. Mais imposer la séparation pour un temps indéfini (sans permission le week-end), me paraît contre-productif. En effet, il me semble que c'est un leurre de penser que l'espace familial, source de tous les conflits, puisse devenir le temps d'une séparation forcée, le merveilleux havre de paix bienveillant dans lequel le processus de séparation-individuation pourrait se réaliser après une mise à distance imposée par un cadre de soin. Tout aussi violent qu'il soit, l'espace familial doit en effet rester symboliquement vivant et présent dans le projet de soin de l'enfant, le risque étant qu'il devienne à son tour l'objet du rejet et du déni. En effet, le danger inhérent à la séparation indéfinie serait de créer à travers l'hospitalisation, un nouvel espace de résignation, une hétérotopie négative qui n'encouragerait que la régression mélancolique.

⁹¹⁰ Nothomb, A. (2004). *Biographie de la faim*. Paris : Albin Michel p.281

Je me suis rendu dans différents services de soins où j'ai pu observer les méthodes de soins TCCistes et échanger avec les différents thérapeutes. Au-delà de l'expérience enrichissante en soi, celle d'aller à la rencontre des autres, j'ai pu dresser un important constat. Les patientes de ces services arrivaient grâce à leurs contrats de poids à prendre un à deux kilos par semaine. Lorsque j'ai demandé à l'équipe quel était le « secret », on m'a tout simplement répondu : « elles n'ont pas le choix ». Tout semblait si facile... Par conséquent, leur hospitalisation était « réglée » en à peine deux mois. J'avoue avoir ressenti une profonde incompétence lorsqu'après coup, j'ai compris que toutes ces jeunes patientes en étaient pour la majorité à leur troisième, voire quatrième hospitalisation. La reprise de poids allait effectivement très vite mais les rechutes étaient toutes aussi rapides : 8 kilos pris en deux mois, sans sonde nasogastrique. Cela pourrait rendre jaloux de nombreux services hospitaliers en difficultés pour accompagner des adolescentes toutes aussi opposées qu'indisposées « aux soins alimentaires » qu'on leur propose. Mon hypothèse de base a donc pu se vérifier avec cette expérience : prendre du poids rapidement au nom d'un contrat de poids ne sert donc pas à grand-chose si les efforts ne tiennent pas dans l'après-coup. Reprendre du poids ne semble donc pas si compliqué lorsqu'on est contraint de le faire. L'accepter est une toute autre histoire.

12.8.2 L'obsession du symptôme alimentaire ou le déni de la subjectivité

L'adolescente anorexique remangera naturellement lorsqu'elle ira moralement un peu mieux (C. Lasègue le disait déjà). Tous ces services qui m'ont accueilli, aussi bien que le nôtre, observent et constatent néanmoins une et même chose : il faut du temps pour guérir de l'anorexie mentale et nos méthodes d'actions, toutes aussi différentes qu'elles paraissent, connaissent leurs forces et leurs faiblesses. Je ne prétends donc absolument pas que ce qui pourrait remplacer le contrat de poids se voudrait automatiquement une méthode de soins plus efficace. Mais penser une méthode qui se diffère par sa manière d'agir et sur l'atmosphère qu'elle propose ne me semble pas moins néfaste pour le sujet. C'est ainsi que nous avons en équipe pensé une méthode de soins qui ne placerait plus au premier plan le symptôme alimentaire.

Au regard de mon expérience de clinicien, je me permets de rappeler aux lecteurs, parents comme soignants, que la première difficulté dans l'accompagnement des troubles des conduites alimentaires est d'arriver à ne pas placer au premier plan le symptôme alimentaire. Il est en effet indispensable de ne pas oublier l'essentiel, le sujet qui souffre dans son existence, au-delà de ce qu'il peut donner à voir. Le discours de façade, en guise de protection, protège l'adolescente soucieuse d'être dévoilée (dans tous les sens du terme). Pour autant, il est indéniable que le symptôme alimentaire représente l'Everest effrayant à affronter, pour le sujet malade, comme pour le soignant... C'est en tout cas ce qu'expriment Julie et les jeunes patientes anorexiques dans les services d'hospitalisation lorsque nous insistons sur les objectifs de poids à atteindre rapidement. Mais c'est pourtant sur ce point que l'énergie soignante d'une équipe se concentre généralement (et doit se concentrer, je ne le contredis pas). Mais se concentrer sans se décaler à minima ne fait qu'éloigner du soin psychique l'adolescente pourtant toujours, dans un sens, désireuse qu'on lui vienne en aide. « A-t-elle bien mangé » ? « Combien de poids a-t-elle pris » ? « Est-elle restée debout après le repas » ? Nous sommes bien évidemment d'accord pour dire que la reprise de poids est essentielle pour retourner à la vie. Peut-être même qu'il est l'objectif principal des hospitalisations (je l'ai déjà écrit). Et j'insiste sur ce point ! La première urgence évidente concerne bien entendu le corps biologique, meurtri

par les différents symptômes somatiques qui viennent mettre en péril la croissance et le pronostic vital (la bradycardie, causant l'arrêt cardiaque, est la première cause de décès dans les jeunes cas d'anorexie mentale⁹¹¹). Mais comme le rappelle C. Dejours, « toutes les maladies seraient toujours simultanément mentale et somatique ». La santé somatique et psychique sont en effet interdépendantes et ne peuvent subir un autre clivage. Et même si dans les cas les plus aigus la renutrition s'avère être au départ la seule indication de soin, le temps de la psychothérapie et du soin psychique viendra dans un second temps (même si je reste convaincu que la psychothérapie peut commencer dès la réanimation, lorsque la pédopsychiatre est au chevet du lit...).

Cependant, et dans la grande majorité des cas (à la condition que le diagnostic soit posé à temps), nous sommes loin d'avoir recours à la réanimation. La sonde nasogastrique ne s'avère pas non plus nécessaire et la reprise de poids peut se faire en douceur, en fonction de ce que l'adolescente peut supporter (les paramètres somatiques restent toujours le point de repère central). L'hospitalisation n'est pas toujours indiquée et un suivi pédiatre-psychiatre-psychologue en ambulatoire peut fonctionner. Remanger « normalement », ou devrais-je plutôt dire « naturellement », passe effectivement au second plan du projet thérapeutique car l'urgence ne concerne plus seulement les questions somatiques (et j'insiste sur le terme d'urgence). J'aime par conséquent penser que ces jeunes filles remangeront naturellement lorsqu'elles iront déjà un peu mieux... Par « aller mieux », je pense au fait d'être débarrassée du déni, pour accepter certaines réalités de la vie afin de commencer à s'aimer un peu. Je ne parle pas ici de l'amour-propre, qui renvoie le plus souvent au mépris des autres et à la discorde. Je veux parler de l'amour de soi, inhérent à la rencontre avec soi, les autres et le monde. Effectivement, l'anorexie mentale, au-delà de toucher le corps biologique et le corps érotique, reste une psychopathologie d'origine multifactorielle dans laquelle la vulnérabilité narcissique reste une des pierres angulaires sur laquelle repose la difficulté d'exister en sécurité.

Permettre à ces jeunes filles de sortir des souffrances confuses et paradoxales qui les accablent afin qu'elles accèdent à la réalité du fond des choses, devient alors la priorité des démarches thérapeutiques. Sortir des confusions qui perturbent et redonnent du sens à la vie. Là est l'urgence, suivre l'idée nietzschéenne que celui qui possède un « pourquoi » et qui le fait vivre, peut supporter tous les « comment ». Alors au-delà de se focaliser sur le symptôme alimentaire et de faire le jeu de l'obsession, permettre de donner du sens aux choses insaisissables semble être la porte d'entrée au soin, somatique comme psychique, l'un ne pouvant être séparé de l'autre.

Enfin, quelle place pour la diététique ? Je place volontairement le diététicien en arrière-plan et me mets ainsi en opposition avec les recommandations officielles qui encouragent l'intervention systématique d'un professionnel de la diététique (nutritionniste ou diététicien). En effet, la question alimentaire ne concernerait-elle pas avant tout le pédiatre, qui au-delà de la pesée et des observations somatiques, accompagne depuis le départ (souvent par la sonde, les compléments alimentaires, les pesées, les courbes de poids) sa patiente dans son long et douloureux parcours de reprise de poids ? Ne serait-ce pas en effet au pédiatre de s'occuper des questions qui concernent la réalimentation ? Eviter les confusions et la multiplication des intervenants me semble

⁹¹¹ Yahalom M, Spitz M, Sandler L, Heno N, Roguin N, Turgeman Y. (2013). The significance of bradycardia in anorexia nervosa. *Int J Angiol.* 2013;22(2):83-94.

primordial pour que le cadre cohérent posé par le contrat moral que je propose dans ce travail ne souffre d'aucune ambiguïté. Par expérience, les adolescentes qui consultent en premier lieu des diététiciens en libéral décompensent de façon très aiguë (bien sûr, les contre-exemples doivent certainement exister). On peut en effet s'imaginer une adolescente aux prises de TCA qui s'angoisse à l'idée de manger tel ou tel aliment, rencontrer un spécialiste qui « organise » la reprise alimentaire et pondérale ? Les défenses ne peuvent en effet que se rigidifier et l'obsession alimentaire se renforcer. Cependant, dans les services de pédopsychiatrie, l'intervention du diététicien m'apparaît cohérente pour établir les menus et prendre en considération les aversions de chaque patiente. A l'hôpital, seuls les diététiciens peuvent en effet commander aux cuisines des menus particuliers (végétariens, sans gluten).

Au-delà de ce précieux apport, leurs interventions dans un autre cadre que l'accompagnement en amont des repas me semblent incohérentes. Il suffit d'écouter attentivement une adolescente anorexique pour comprendre que les questions que posent la nutrition n'ont plus de secret pour elle. Alors oui, la majorité sont aux prises de « fausses croyances alimentaires » et le déni n'arrange pas les choses. Certains groupes thérapeutiques animés par des diététiciens ou IDE sont ainsi destinés à « casser » ces fameuses fausses croyances. Ces groupes sont rarement plébiscités par les participantes. En règle générale, elles sont devenues expertes dans le domaine, connaissent tout ce qu'on leur radote et mieux encore, leurs dites « fausses croyances » sont parfois des leurres intelligemment destinés à tromper les commentateurs mal inspirés qui s'autoriseraient à réagir à chaque fois qu'un aliment disgracieux serait porté à hauteur de bouche. Ainsi, elles peuvent s'autoriser certains plaisirs tels que les noix de cajou ou les fruits secs, généralement considérés comme des aliments « sains » pourtant très caloriques mais terriblement délicieux. Le caractère moraliste des groupes « d'information » agace effectivement la plupart des adolescentes qui se sentent aux prises avec ce principe œdipien faisant écho aux dettes inconscientes et symboliques : « Il faut que... sinon tu seras un mauvais enfant » ; « Il faut que tu manges si tu m'aimes, il faut que tu manges pour que ta maman soit heureuse ». Pourquoi d'ailleurs, les enfants s'opposent-ils si souvent à table ? Et pourquoi les adultes se sentent souvent obligés de le forcer ? Et que dit-on généralement à l'enfant un brin en colère lorsqu'on essaie de faire rentrer dans sa bouche les cuillères de purée ? Ne craque-t-il pas lorsqu'on use d'un chantage affectif ô combien pervers ? Ne cède-t-il pas au fameux « une cuillère pour papa, une cuillère pour maman » ? Ne cède-t-il pas au fameux « une cuillère pour l'amour de papa, pour l'amour de maman » ? Voilà comment les dysfonctionnements des relations interpersonnelles peuvent également être sous-tendus par une défaillance soignante. En obtenant le soin que « sous conditions » (si tu manges on te félicitera), l'adolescente anorexique ne peut que se fixer davantage dans son organisation sadomasochiste. Le fait d'insister sur les objets du désir réactualise la génitalité initialement réprimée et reconvoque les expériences primitives du *féminin traumatique*.

12.9 La position phénoménale pour lutter contre la iatrogénie transférentielle soignante

« Vous voulez me forcer à avoir un corps que je ne veux pas avoir » nous disait Julie. Un certain nombre de soignants de pédiatrie ou de pédopsychiatrie pourrait traduire cette revendication comme une lamentation toute puissante d'une jeune adolescente exigeante, désireuse de reprendre le contrôle sur un projet de soin qu'elle refuse. En effet,

il est très fréquent d'entendre lors des réunions d'équipe qu'une adolescente n'a pas voulu manger ça, a négocié ceci, a caché cela. Ces commentaires importants, soit dit en passant pour la santé du patient, sont des observations qui peuvent malheureusement nous éloigner de la rencontre s'ils ne sont pas rediscutés et pensés en équipe. Le *principe de principe* au service des protocoles pensé en amont d'une rencontre clinique peut rendre les démarches de soins toutes aussi dangereuses qu'inefficaces.

Il est fort certain que derrière chaque mot, symptôme et conduite, se cache un message qui délivre des indices nécessaires aux solutions thérapeutiques. Tout passage à l'acte, même une simple revendication, vient raconter et dire quelque chose de la problématique du sujet. Chaque transfert est un déplacement d'affect qui vient ramener au temps présent des éléments du passé souvent chargés de négativité. Lorsque Julie clame haut et fort son désir de ne pas vouloir être forcée, peut-être faudrait-il s'interroger et s'attarder sur les mots qu'elle utilise plutôt que de chercher à savoir si ces manifestations sont les fruits d'un caprice d'une enfant capricieuse et tyrannique ?

En effet généralement considérées comme des adolescentes capricieuses, manipulatrices et tyranniques, il me semble que ces idées relèvent d'un jugement passionnel propre aux processus de projection. L'obsession de réussite et de contrainte transforme malencontreusement leurs ambitions en « exigences égocentriques ». Il est en effet fréquent d'entendre dans les différents services de soins les équipes soignantes se « plaindre » de leurs attitudes clivantes et de leurs conduites dites « hors des normes ». J'explique cependant leurs conduites d'opposition et leurs « bêtises » comme un pas vers « la liberté »⁹¹². En effet, celui qui explore ses limites corporelles ne semble pas forcément dément, il tente peut-être juste de se sentir vivant. Mais si sages et si dociles, souvent soumises à l'autorité d'un autre, leurs petites rébellions ne signeraient-elles pas un mouvement vers la vie ? Sonde arrachée, fugues... Derrière leur mélancolie, ne se cacherait-il pas une envie d'ailleurs qui ne pourrait que se manifester par un passage à l'acte d'opposition, premier soupçon de leur révolution ?

La « focalisation »⁹¹³ sur le symptôme alimentaire fait donc l'économie du sujet en tant que tel. Effectivement, la remarque de Julie sur notre « volonté à vouloir la faire grossir » nous renvoie probablement au déni de sa subjectivité. Il nous est difficile de contraindre et, force est de constater, que prendre le parti de la méthode « contrôle contre contrôle », que l'on pourrait penser comme un « acte contre acte » (au sens *agieren* du terme), reste une dualité qui fait front, et dans laquelle, il est difficile de trouver une issue harmonieuse. Je soutiens en tout cas l'idée que la relation transférentielle soignant-soigné invite tous les protagonistes à faire face à ses problématiques narcissiques personnelles. Sous l'effet de miroir, le soignant et le patient se retrouvent en effet piégés dans leurs histoires singulières du passé, oubliées ou refoulées. Je rappelle d'ailleurs aux lecteurs que le terme d'« Agieren » est sous la plume de S. Freud associé au terme d'« Erinnern », qui signifie en allemand « se souvenir ». Cela nous laisse ainsi entendre que la mise en acte serait donc une façon de faire revenir les éléments du passé dans le moment présent. S. Freud défend ainsi l'idée de l'acte propre au transfert « met en acte devant nous au lieu

⁹¹² Denis, P. (2001). *Eloge de la bêtise*. Paris : Puf p.18

⁹¹³ Pinel, J. (2018). Le contre-transfert dans la clinique institutionnelle: Controverses et débats. *Le Coq-héron*, 235, 124-133.

de nous informer»⁹¹⁴. Ce serait alors à la façon d'une « pénétration agie»⁹¹⁵ que les forces destructives des patientes anorexiques pourraient toutes autant venir s'introduire dans l'espace psychique du soignant que dans l'espace intersubjectif de la rencontre soignant/soigné. En effet, les désirs inconscients des soignants pourraient également venir s'introduire dans l'espace tout aussi psychique que corporel de l'adolescente. Soumise aux pressions sous-jacentes des différents processus inconscients, la dialectique soignant/soigné serait donc automatiquement prisonnière de ce que R. Roussillon appelle « le malaise dans la psychiatrie »⁹¹⁶. Les identifications narcissiques du soignant sur le patient, essentielles au processus thérapeutique, pourraient cependant se « confondre » et rendre par conséquent l'identification « inutilisable » et de ce fait « entraver les capacités soignantes ».

Il est d'une certaine façon nécessaire de traduire tout ce qui émerge du fonctionnement de l'autre. Mais comme je le disais en introduction, toutes les traductions, marquées par le sceau de l'interprétation, perdent de leurs vertus lorsqu'elles sont dénuées de raison. La traduction pourrait alors se penser et s'avoisiner au concept de « suggestion»⁹¹⁷ car, inévitable, elle permet au soignant de se dégager dans un sens des attentes inconscientes de son patient. En effet, tout soignant de psychiatrie, au service de son rôle de thérapeute, n'est pas toujours maître de la place qu'il occupe dans le transfert. Sans ce travail de suggestion et de traduction, le piège du pathologique peut se refermer sur lui, laissant la place aux projections et aux jugements passionnels. Il est donc indispensable de pouvoir déchiffrer les mystères qui se cachent dans les doléances et les conduites de nos patientes, tout en leur apportant toute l'affection thérapeutique dont elles ont besoin (tout en essayant de ne pas trop se laisser aspirer par l'identification projective...).

Afin d'éviter la multiplication des « pénétrations agies » et de rester au soutien des besoins fondamentaux des patients de psychiatrie, je propose d'adopter une position phénoménale, position à travers laquelle le soignant serait en mesure de mettre en suspens les théories sur le monde, afin de percevoir et de sentir l'objet soigné au plus près de ce qu'il est réellement. De plus, cette position permettrait au soignant de ne pas coller aux souffrances narcissiques de son patient. Et même si l'identification narcissique répond à un déterminisme tout aussi automatique qu'inconscient, la position phénoménale permettrait de la limiter et ainsi, d'adoucir les mouvements défensifs que la rencontre intersubjective mobilise : rejet, indifférence, fécalisation, refoulement... Nous l'avons effectivement observé dans la situation de Flore. C'est lorsque j'ai pu accompagner l'équipe de soins dans un travail de réflexion et d'auto-analyse que les relations d'emprise sur *l'objet patient* ont pu se désadiser. Il apparaît en effet indispensable que les conflits narcissiques et les désirs de voracité d'amour mélancolique des adultes ne viennent s'immiscer dans le projet de soins d'une adolescente déjà bien en difficulté pour exister en dehors de son négatif.

⁹¹⁴ Freud, S. (1940). *Abrégé de psychanalyse* (1997 éd). Paris : Puf

⁹¹⁵ Roussillon, R. (2014). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. *Cliniques*, 8, 122-138.

⁹¹⁶ Ibid.

⁹¹⁷ Roussillon, R. (2007). Pour une clinique de la théorie [1]. *Psychothérapies*, 1(1), 3-9.

12.10 Le contrat moral (co-pensé et co-construit avec l'équipe de soin)

Par contrat moral, nous entendons la relation contractuelle hédoniste dans laquelle nous nous engageons à protéger nos patients des angoisses terrifiantes que fera émerger la reprise de poids, à respecter leur temporalité et à les accompagner dans la sécurité à refaire l'expérience du plaisir. C'est donc, dégagés de l'ordre hiérarchique vertical, que nous procédons. La pédopsychiatre reste la garante du cadre protecteur, mais propose chaque semaine à sa patiente de réévaluer et de discuter avec l'équipe les différents objectifs de soins lors d'entretiens collectifs. Ce processus nous rappelle aux bons souvenirs de la psychothérapie institutionnelle, source du fondement même de notre éthique thérapeutique. Notre objectif est un retour à l'ordre naturel des choses : être heureux en supportant l'accordage du corps biologique et érotique. Pour répondre à cette mission, nous avons donc abandonné les contrats de poids, les séparations systématiques avec les parents et les privations avec « l'extérieur » (et ainsi atténuer les conflits réguliers entre patients et soignants, soignants et parents...). Le maintien du lien est en effet un maximum encouragé. Plutôt que de penser les parents et l'entourage comme les responsables de l'état de leur enfant, il nous semble plus juste de les penser comme une solution. Les adolescentes ont besoin d'eux pour aller mieux, même si un temps de séparation est parfois nécessaire dans certains cas.

Ce sont donc les réalités somatiques et psychiques (au regard de paramètres somatiques et thymiques évaluables) qui nous permettent d'ajuster régulièrement le sens de direction de nos interventions. De ce fait, une patiente qui perd du poids ne se verra pas automatiquement « privée » de sortie thérapeutique le week-end. À l'inverse, une patiente en conflit familial important restera les week-ends en hospitalisation malgré son relatif « bon état » physique. Nous pensons que tous les protocoles de soins pensés a priori (ceux qui font l'économie de l'histoire du sujet) peuvent malheureusement s'avérer absurdes, notamment s'ils sont respectés et appliqués dans une logique de principe. Il nous semble effectivement que tout doit se penser pour maintenir l'élan vital en mouvement en évitant les confusions que les principes font émerger. La réalité clinique reste notre boussole principale. Lorsqu'elle évolue, les données changent et les méthodes s'adaptent. Pour cela, nous tentons de contrer au « cas par cas » leurs fonctionnements rigides et clivants par des positionnements et des injonctions ajustés au besoin du symptôme. Cela réserve parfois des situations burlesques mais les issues s'avèrent souvent payantes. Par exemple, une adolescente incapable de s'asseoir et d'avaler quoi que ce soit peut être accompagnée et autorisée par un soignant à manger debout (un fruit pour commencer, à l'écart du groupe). La suite, « plus conventionnelle », se fera dans un second temps. Chercher à les déstabiliser nous semble résolument plus cohérent que de les confronter à leurs terribles angoisses de débordement. Nous convenons que « forcer » ou « lutter contre » n'est efficace que pour alimenter le contrôle des uns et des autres. Alors, à défaut de rester sur nos principes, nous encourageons et rassurons, et tant pis si le repas établi par la diététicienne finit à la poubelle (la réalité somatique les rattrapera et la pédiatrie prendra pour un temps le relais). Malgré tout, la grande majorité des adolescentes se saisit de ces modalités de soins. Et si cet accompagnement demande un temps précieux à respecter, il nous en fait gagner généralement davantage pour la suite. En effet, les rechutes, pourtant très fréquentes dans l'anorexie mentale, apparaissent moins présentes depuis l'adoption de ce fonctionnement. Finalement, il n'est plus

conseillé aux patientes de « lâcher prise » ou d'adhérer au principe « quand on veut, on peut ». C'est au soignant de prendre le recul nécessaire face aux symptômes, d'adopter une position phénoménale. Par conséquent, sous l'effet de la chaleureuse tendresse qui se dégage dans l'intersubjectivité, c'est la patiente qui s'assouplit, au-delà du cadre.

12.10.1 La rencontre : la réduction transcendantale

Peu importe la méthode psychothérapeutique pratiquée par les différents services, je soutiens l'idée que c'est la rencontre qui compte. Mais je peux valider l'une de mes hypothèses : la dynamique soignant-soigné est une rencontre entre deux illusions. La pédopsychiatrie s'alimente en effet d'une « illusion de la maîtrise » alors que l'anorexique mentale se nourrit d'une « maîtrise de l'illusion ». Je propose de ce fait de sortir de cette dualité « maîtrise contre maîtrise » qui semble s'organiser autour d'un face à face tout-puissant et illusoire. Se dégager un tant soit peu de l'urgence symptomatique au profit d'une rencontre existentielle, au sens husserlien du terme, permet au soignant de créer un espace dans lequel, l'adolescente peut quitter son identité d'anorexique aux bénéfices d'une rencontre intersubjective hédoniste. L'hédonisme pensé comme une morale contractuelle me semble ici nécessaire pour contrer les activités mécaniques et répétitives. Nous tentons de ce fait de sortir des doctrines de l'absolu en créant un espace relationnel basé sur la rencontre des singuliers. L'autre n'est effectivement jamais le même et nous invite à toujours recréer de l'inédit. Nous mettons donc entre parenthèses toutes les théories descriptives des phénomènes et les éléments empiriques et psychiques d'une donnée concrète. C'est ce que E. Husserl a appelé *le retour aux choses elles-mêmes*, telles qu'elles se donnent à nous. La réduction transcendantale est donc la méthode par laquelle nous mettons hors-jeu tous les préjugés et toutes les théories que nous portons sur le monde afin de toujours pouvoir rester au plus près des besoins spécifiques de nos patients. Il est pourtant indéniable que le symptôme alimentaire représente l'Everest effrayant à affronter, pour le sujet malade, comme pour le soignant, d'où l'importance du travail de collaboration avec le service de pédiatrie générale qui nous permet de réagir rapidement en cas de dégradation somatique. Les allers-retours entre nos différents services sont d'ailleurs fréquents et parfois indispensables.

12.10.2 Une écoute partagée : entre rencontre, traduction et humilité

Sans cette réduction transcendantale soignante, le « double déni » pourrait émerger. En effet, face au déni anorexique de la réalité, à comprendre comme le déni anosognosique de ces adolescents refusant de constater le danger qui les guette, la pédopsychiatrie peut répondre par le déni de la subjectivité de ses patientes. Ce double déni fige le processus de soin et ralentit la relance de la dynamique existentielle inhérente au retour à la vie. Effectivement, nous suggérons que lorsque le déni de la subjectivité est porté par une équipe soignante, l'anorexie mentale devient malheureusement une forme particulière d'être au monde pouvant trouver refuge dans un contenant *hétérotopique*, l'hôpital. La patiente, pour qui l'anorexie semble paradoxalement la protéger, se retrouve piégée dans son fonctionnement pathologique duquel il lui est difficile, voire impossible, de sortir. Les expériences de contrats de poids nous l'ont suffisamment démontré. Il suffit de poser un poids de sortie à 40 kg pour que le patient reste « coincé » à 39,5 kg pendant

des mois. Mais à l'inverse, une patiente dont l'importante perte de poids a fait émerger une certaine euphorie, consécutive aux effets de la dénutrition, peut éblouir l'équipe soignante sur un soi-disant « mieux-être ». Il est en effet facile de penser « il est « bradycarde » mais plus souriant, c'est qu'il va mieux... ». Créer un espace dans lequel l'adolescente pourrait quitter son illusion utopique aux bénéfices d'un possible projet de guérison sans danger devient la mission portée par toute l'équipe de soins.

La psychiatrie possède en effet de nombreuses « vertus iatrogènes » qui offrent un panel de symptômes surprenants que les non-initiés s'étonnent toujours de rencontrer. Alors, pour éviter la iatrogénie, une écoute particulière est nécessaire, la nôtre et celle de l'autre. Être à son écoute pour être à l'écoute de celui qui souffre évite les pièges de la projection et permet une traduction dépourvue de passion et d'illusion. Cette double écoute invite de ce fait le soignant à prendre en considération la demande de son patient. La demande du patient, à laquelle la théorie psychanalytique nous invite parfois à ne pas répondre, ne doit cependant pas être considérée comme une tentative de « manipulation anorexique », phénomène fantasmé et redouté dans les services de soins. Écouter la demande s'avère selon nous la solution susceptible d'un nouveau possible. Les patientes de notre service sont nombreuses à avoir vu leurs demandes acceptées (permission de sortie thérapeutique, sortie d'hospitalisation, arrêt des pesées dès lors que nous pouvons garantir leur sécurité). Cette écoute partagée est le socle de la confiance basale nécessaire au *contrat moral*. Elle permet de faire avec les besoins et les demandes des sujets concernés, qui dans un sens sont les mieux placés pour savoir, parfois, ce qui est bon ou non pour eux. Mais attention, cela ne signifie pas encourager l'autogestion du patient. Le soignant est toujours celui qui dit « stop » à la chute libre en posant un cadre contenant, qui rassure et qui protège, des dangers internes ou externes de la folie mentale comme sociale. C'est le pilier du *contrat moral* : le médecin, en fonction de critères somatiques et psychiatriques bien définis en amont, restera toujours celui qui dira stop aux « libertés » initialement accordées.

12.10.3 La pulsion de vie : le plaisir d'abord, lentement mais sûrement

Lorsque S. Freud inclut dans sa théorie des pulsions le concept de *pulsion de mort*, il s'attache à la définir au regard d'une étiologie biologique. Si j'ai pu en discuter dans ce travail, gardons ici l'idée que l'une est à comprendre comme une destruction homéostasique des tensions, lorsque l'autre, au service du principe de plaisir, bâtit les mouvements de la vie. Au-delà de rentrer dans une analyse technique, nous avons constaté qu'un service de pédopsychiatrie, tout aussi bienveillant qu'il soit, peut naturellement laisser place aux pulsions de destructivité si rien n'est fait pour encourager la vie. En effet, à « l'époque » des contrats de poids et de séparations, nous observons la majorité de nos patientes se déprimer davantage et s'enliser dans les abysses mortifères de l'anorexie mentale. Nous constatons qu'il est de ce fait risqué d'utiliser des méthodes trop coercitives qui pourraient faire basculer les patients dans la dépression majeure. Mais en replaçant la pulsion de vie au cœur de notre fonctionnement, à travers la création d'espaces dans lesquels la rencontre intersubjective hédoniste est possible, l'*appétit*, au sens spinozien du terme, réémerge au profit d'une volonté d'exister en dehors des sacrifices. Mais attention, il est important de noter qu'une adolescente, qui plus est anorexique, peut se sentir totalement effrayée à l'idée de ressentir l'envie d'expérimenter le plaisir. La « terreur d'avoir envie » constitue en effet la pierre angulaire de son mal-être. C'est pour cela que la prise en charge est longue. Il faut effectivement s'adapter à la

temporalité de chaque adolescente et l'accompagner dans la sécurité en fonction de ce qu'elle est capable d'accepter de ses chamboulements libidinaux et de ses modifications corporelles. Les métamorphoses et les accordages, affectifs, psychiques et somatiques, ne peuvent en effet se réaliser qu'en respectant de précieuses étapes au risque que tout s'effondre.

12.10.4 Le contrat moral et ses libertés

Depuis les années 1930⁹¹⁸, les contrats de soins régulent le tempo des relations soignants-soignés, en dehors ou en lieu des cadres juridiques. Ils sont parfois écrits et signés par les différentes parties contractuelles mais notre *contrat moral* se veut symbolique. Il est présenté oralement par la pédopsychiatre au patient et ses parents en amont ou au moment de l'entrée en hospitalisation complète ou de jour. D'emblée, l'adolescente est prévenue qu'elle devra faire du mieux qu'elle peut pour retrouver l'ordre vital des choses. En contrepartie, l'équipe soignante s'engage à s'adapter au maximum à ses difficultés. Un poids repère peut-être donné lorsque le patient a besoin de se projeter (retour à l'école, retour au sport...). Et si la reprise pondérale conditionne indirectement et indéniablement l'évolution du projet de soin (retour à l'école ou à l'inverse, retour en pédiatrie), la patiente est toujours prévenue qu'elle ne pourra remanger naturellement que lorsqu'elle ira mieux. Et si les choses peuvent paraître abstraites, le contrat se veut pourtant clair : « nous serons prêts à tout adapter mais, si nous jugeons que ton état se dégrade, nous nous autoriserons à remettre des limites pour te protéger, quitte à te renvoyer en pédiatrie pour une renutrition par SNG ». Parfois perçue comme une menace, cette condition pose pourtant les bases d'une « aventure » périlleuse mais qui s'offre le mérite de tenter l'impossible. Les adolescentes dites anorexiques, véritables *obsédées de la contrainte*⁹¹⁹, nous amènent à déconstruire leur carcan pathologique par la surprise et la créativité. Notre équipe a de ce fait développé des médiations spécifiques autour d'une approche corporelle et sensorielle à travers différents ateliers thérapeutiques. Ces différents espaces font appel à tous leurs sens et cherchent à faire émerger leur créativité nécessaire pour retrouver la spontanéité inhérente au mouvement de la vie.

Les adolescents nous rappellent sans cesse leur singularité et leur capacité à accepter l'expérience de la rencontre avec soi-même, les autres et le monde, pourvu qu'elle soit non intrusive, qu'elle vienne éveiller leur curiosité, leur faire oublier les symptômes et éprouver des sensations oubliées. Bien conscient que ces médiations ne suffisent pas à les réanimer, elles possèdent cependant la vertu d'apaiser un brin la douleur d'exister et de permettre à celui qui souffre de refaire l'expérience du plaisir dans un cadre sécurisé et contenant. Adaptables et toujours singulières, elles permettent d'étayer le *contrat moral* et de lui ouvrir son champ des possibles.

Il existe donc des soins dits obligatoires communs à tous les patients. Ils représentent le socle autour duquel les innovations et les objectifs thérapeutiques peuvent s'appuyer.

⁹¹⁸ Guisseau-Gohier, M. (2007). Ibid.

⁹¹⁹ Estellon, V. (2020). Ibid.

Soins obligatoires inscrits dans le contrat moral	Soins possibles spécifiques et adaptables de façon libre et singulière
<ul style="list-style-type: none"> -Suivi somatique global par le pédiatre -Suivi psychiatrique individuel et familial par la pédopsychiatre -Suivi psychothérapeutique individuel par le psychologue clinicien -Suivi infirmier quotidien de paramètres somatiques et de l'état santé général -Accompagnement quotidien de tous les soignants (Agent des Services Hospitaliers, Aides-Soignants, Éducateurs Spécialisés, Infirmiers) des repas thérapeutiques et de la vie quotidienne. -Disponibilité quotidienne de l'équipe soignante dans un « Etre-là avec-l'autre et pour-l'autre » -Atelier d'art thérapie par l'art-thérapeute -Suivi scolaire (après un temps d'observation) -Groupe thérapeutique (photolangage, groupe institutionnel, groupe <i>ado-sexo</i>) -Groupe de parole parents -Prise en compte de la singularité -Vie en collectivité : règles de service -Ouverture possible sur des soins plus singuliers 	<ul style="list-style-type: none"> -Repas individuels ou collectifs -Menus composés par la diététicienne -Suivi diététique et nutritionnel -Repas en barquette ou en libre-service -Compléments nutritionnels oraux ou autres compléments en « compensation » -Pesées : régulières ou absentes -Objectifs de poids (pour la sortie, l'école...) -Groupe de psychodrame, groupe de parole -Génogramme -Traitement médicamenteux -Ateliers yoga et danse thérapeutique -Atelier journal, écriture et jeux multiples -Atelier théâtre, masque, cirque -Atelier cuisine, sortie au restaurant -Atelier sport, sport adapté, escalade -Atelier soin corporel, massage, sophrologie -Atelier photo, court métrage -Atelier jardin, menuiserie -Atelier piscine, sortie balnéo -Atelier musicothérapie -Atelier d'art créatif, couture

Comme indiqué ci-dessus, les repas, grands moments des services tels que les nôtres, possèdent eux aussi leurs particularités. Les menus sont établis par la diététicienne qui prend en compte les aversions, les apports caloriques, les allergies et les régimes particuliers. L'adolescente doit faire avec ce que les cuisines lui envoient. En cas d'erreur, nous nous arrangerons toujours pour qu'elle puisse manger un minimum. Au-delà des imprévus, seuls les desserts sont aux choix, tel un self en libre-service. Autrement dit, si au menu du jour la banane ou le gâteau semblent de mauvais goût, le patient peut « changer » contre un fruit plus attrayant ou un yaourt moins effrayant (les deux sont toujours encouragés). Le petit déjeuner et le goûter sont également en libre-service même si, au fil du temps, la patiente est toujours encouragée à augmenter ses quantités (un fruit, puis un bout de pain, etc.). Les adolescents mangent ensemble (au milieu des uns et des autres). Les soignants sont attablés avec eux (l'épidémie de la Covid-19 est venue mettre à mal ce précieux dispositif), les accompagnent et les rassurent en restant à leur écoute. Ils ne forceront ou n'insisteront à aucun moment (les stratégies de dissimulation ont de ce fait pratiquement disparu). Autre règle, dans notre service, chacun a une heure pour manger, pas une minute de plus...

12.10.5 Eviter le piège de la confusion

J'ai souvent insisté dans ce travail sur les effets délétères de la confusion. Du latin *confusio*, le terme renvoie au désordre et au chaos. Les quatre « CO » présentés par A. Perroud me semblent un bon moyen pour lutter contre un cinquième « Co » dévastateur. Loin d'être spécifique aux pratiques thérapeutiques visant à soigner l'AM, le « CO » permet

d'améliorer la communication entre les différents professionnels de santé et surtout, de respecter plus facilement le contrat posé entre un médecin et son patient. Ainsi, pour éviter la confusion, les équipes soignantes doivent travailler en cohérence, en cohésion, en coopération et en collaboration.

Les différentes recommandations théoriques ne donnent pas toujours de réponses ni de solutions aux questions que soulève la clinique. Elles offrent cependant un précieux cadre de référence, tel un étayage intellectuel, sur lequel il nous est permis de nous ressourcer et de nous repérer, afin d'impulser et d'orienter nos démarches de soins en fonction de nos sensibilités. Et si le triptyque thérapeutique est devenu l'incontournable dans la prise en charge d'un TCA, l'étoffer d'initiatives audacieuses et créatives permet d'optimiser son efficacité. À travers notre expérience professionnelle, nous avons appris que les guerres d'idéaux des multiples courants théoriques n'ont que pour fonction de cliver et de renforcer « les illusions de la maîtrise » que les différentes écoles prêchent comme vérités absolues. Et sans rentrer dans un scepticisme convaincu qui négligerait nos prises de position (un zeste de doute quotidien peut suffire amplement), il nous semble que toutes les choses que la vie nous offre à voir ne possèdent qu'un statut relatif, en relation avec une infinité d'autres, et que rien ne peut être séparé de rien. En cela, et malgré notre sensibilité psychodynamique et phénoménologique, nous soutenons l'idée qu'aucune spécificité thérapeutique ne peut donc se prétendre comme étant la plus efficace.

La rencontre intersubjective hédoniste, outillée d'une connaissance aiguisée du syndrome d'anorexie mentale, semble déjà pouvoir poser les fondations d'un modèle thérapeutique sûr et cohérent. Les contrats de soins, précieux à nos yeux, doivent alors s'adapter à chaque particularité et prendre en compte des données quantitatives et qualitatives importantes tels que l'âge, l'histoire de la maladie et ses comorbidités. Nous sommes par conséquent au clair sur le fait que le *contrat moral*, tel que nous le proposons, « fonctionne » du fait du jeune âge de nos patients (la majorité de nos patients ont entre 12 et 16 ans). De plus, notre dispositif de coordination nous permet d'agir généralement assez rapidement, ce qui nous permet donc d'accueillir des adolescents pour lesquels la maladie est récente (ce qui n'empêche pas les importants dégâts déjà occasionnés). Il est en effet admis que la mise en place précoce d'un accompagnement thérapeutique améliore incontestablement le pronostic de guérison. Dans un service de jeunes adultes, pour lesquels la maladie serait déjà bien installée, il serait probablement possible que notre *contrat moral* aggraverait les choses plus qu'il ne les arrangerait.

Ce modèle de prise en charge doit éviter le piège de la confusion. En effet, le cadre doit être posé et expliqué à l'adolescente dès le début de sa prise en charge. Adaptable au fil du temps, la souplesse ne doit pas se confondre avec l'irresponsabilité. En prenant à contre-pied les demandes manifestes des patientes, le *contrat moral* permet surtout d'encourager l'adolescente à redevenir souveraine de son désir, désir confondu dans les abysses mortifères de l'anorexie mentale. Tous les membres de l'équipe de soins doivent également être en mesure d'interroger leur contre-transfert pour être capable de « déconflictualiser » au maximum la rivalité anorexique qui s'imposera à eux. L'adolescente anorexique teste en effet les limites, mais « tous ces comportements de maîtrise apparaissent manipulateurs, voire « pervers », alors qu'ils sont pour l'essentiel défensifs

»⁹²⁰. Sans ce travail d'analyse et de traduction, le « double déni » et « l'illusion de la maîtrise » viendront polluer le *contrat moral* si précieux à nos yeux pour accompagner les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, toujours désireuses d'échapper à la douleur d'exister pour tenter de retrouver l'ordre naturel des choses.

12.10.6 Au-delà des résultats : mes constats et mes observations

- **Les sorties contre avis médical ont disparu.**

Le lien de confiance établi avec les parents nous permet de collaborer tout au long de l'hospitalisation sans conflits ni confusions. Tout peut désormais se discuter et se penser avec la patiente, ses parents et l'équipe soignante afin de prendre ensemble les meilleures décisions nécessaires au projet clinique.

- **La durée d'hospitalisation à temps complet a diminué.**

Par opposition, certains patientes pouvaient rester de longs mois au-dessus du « poids de sortie définitive », rendant parfois l'hospitalisation interminable. Depuis le contrat moral, nous constatons que la durée d'hospitalisation a légèrement diminué. Cependant, certaines adolescentes ont connu depuis sa mise en place des hospitalisations assez longues, dépassant parfois l'année complète au sein du service de pédopsychiatrie.

- **Les identifications négatives entre les patientes ont fortement diminué.**

Avec les contrats de poids et de séparation, l'ambiance délétère provoquée par les sensations d'incarcération éprouvées par les patientes renforçaient les sentiments d'appartenances à la « communauté anorexique ». Les patientes les plus malades tiraient les autres vers le bas et menaient la révolte contre l'oppresseur hospitalier. Depuis le contrat moral, l'inverse est sincèrement constaté. Rien de magique, les comparaisons n'ont pas cessé, mais l'atmosphère provoquée par notre ouverture sur l'extérieur a changé les données. Une autre ambiance prévaut une autre relation aux autres. Les « moins malades » tirent de ce fait les plus faibles vers le haut. Telles des repenties en quête de vie, nous pouvons avec plus de facilité les accompagner à s'opposer au dictateur anorexique, les accompagner dans leurs processus de rédemption, afin de les aider à quitter leurs identités d'emprunt et à retrouver sans trop de violence la vie « libidinale » où l'expérience de la passivité se veut moins douloureuse. Mais quitter la communauté n'est pas chose facile. Les fidèles reprochent sournoisement aux « traîtresses » qui ont cédé et renoncé. Une forte culpabilité émerge alors « parce qu'elle a pris dix kilos, parce qu'elle a accepté qu'on lui enfonce un tuyau dans le nez, elle a le sentiment d'avoir trahi une cause obscure et impérieuse »⁹²¹.

⁹²⁰ Corcos, M. (2006). Ibid.

⁹²¹ De Vigan, D. (2001). Jours sans faim (éd. 2009). Paris : J'ai lu p. 105

- **L'emprise fécalisée sur l'objet soignant est moins intense**

Le soignant est sorti de sa position « persécutive ». En effet, plus contraint de se focaliser sur l'objet alimentaire, il est invité par le contrat moral à accompagner et encourager l'adolescente à faire l'expérience du plaisir dans la sécurité, l'objectif principal étant la reconquête du corps érotique. Par conséquent, l'espace des ateliers thérapeutiques est devenu (ou redevenu) un espace de rencontre où de sincères relations toutes aussi chaleureuses qu'affectueuses peuvent émerger. Le contrat moral semble alors permettre, aussi bien aux soignants qu'aux patientes, de « désadiser » l'objet et de plus facilement supporter la passivité, d'un côté comme de l'autre.

- **Les liens thérapeutiques après la sortie d'hospitalisation sont maintenus.**

Le suivi en ambulatoire (psychologue, psychiatre et pédiatre) est mis en place le plus souvent à la demande du patient. Au temps du contrat de poids et de séparation, les patients pouvaient atteindre le « poids de sortie » pour nous fuir... Et si les expériences psychiatriques sont généralement vécues négativement, nous constatons que depuis le développement et l'instauration d'un contrat coopératif, les adolescentes et leurs parents passés par nos soins gardent pour la plupart un souvenir plutôt chaleureux et entretiendront pendant un certain temps avec l'équipe soignante un lien fort et précieux, lien sur lequel les adolescentes continueront de s'appuyer à la sortie de leur hospitalisation. Nombreuses adolescentes continueront en effet d'appeler leurs référents, passeront les saluer les jours de « rendez-vous psy » et leur donneront des nouvelles de leur vie affective et amoureuse. Tel un repère, un espace de référence, notre service assure une présence, symbolique et réelle, aussi bien pour les anciennes patientes que leurs familles.

- **Les rechutes après la sortie d'hospitalisation complète ont considérablement diminué.**

Si le contrat moral ne semble pas raccourcir le temps de « guérison » et empêcher la bascule boulimique, nous remarquons cependant que les rechutes se font beaucoup plus rares. En effet, le respect de la temporalité de la patiente, point d'ancrage du contrat moral, invite l'adolescente à s'écouter et à retrouver les chemins de la vie libidinale en fonction de ce qu'elle est capable de supporter. Le processus de soin suit donc une logique chronologique dans laquelle l'adolescente peut s'inscrire en sécurité : c'est le principe de la primauté des ordres à suivre.

13 CHAPITRE 13 : LIMITES, TRANSFERTS ET FANTASMES SUR LA THESE

13.1 L'inconscient idiosyncrasique⁹²²

Comme le rappelle A. Gide, « nous ne valons que par ce qui nous distingue des autres ; l'idiosyncrasie est notre maladie de valeur face aux influences de divers agents extérieurs »⁹²³. De ce fait, j'ai conscience d'avoir réalisé ce travail de thèse accroché à l'idée que le penseur ne peut échapper aux causes qui le déterminent... Sa philosophie et ses partis pris ne représentent de ce fait que le fruit de son histoire ? Penser invite inévitablement le corps à se confesser. Je me suis donc uniquement posé les questions que je pouvais me poser, tout en m'efforçant sincèrement de rester suffisamment objectif. J'aime en tout cas penser que la démarche de recherche permet malgré tout de sortir du « piège idiosyncrasique » même si comme n'importe quel auteur, mes processus inconscients ont grandement dû participer à la construction de ce travail.

Mais comme le rappelle J. Lachal, « l'objectivité des résultats est un leurre et toute étude est soumise à la subjectivité de l'observateur »⁹²⁴. Ainsi, je me demande en terminant ce travail, que serait devenue la psychanalyse si S. Freud avait fait de Tirésias son complexe central plutôt que celui d'Œdipe ? Que serait devenue la psychanalyse si S. Freud avait fait d'Antigone l'avatar de son concept central pour définir les mouvements passionnels et ambivalents caractéristiques des relations objectales ?

C'est en tout cas dans sa lettre du 15 octobre 1897 que S. Freud écrit à son ami W. Fliess ses « sentiments d'amour » envers sa mère et de « jalousie » pour son père, sentiment qu'il pense « « communs à tous les jeunes enfants »⁹²⁵. Mais en faisant de ses désirs inconscients une théorie universelle, il me semble que S. Freud s'est, comme le dirait J. Laplanche, fourvoyé. En effet, l'excitation éprouvée pour sa mère, et qui le conduira à jalouser son père, ne reste, il me semble, qu'un élément constitutif de son propre conflit inconscient, issu de sa propre histoire infantile : c'est son complexe, celui qui le caractérise tout autant qu'il le subjectivise.

13.2 Pourquoi effectuer un travail doctoral sur l'anorexie mentale de l'adolescence ?

Pourquoi le « hasard » m'a conduit à travailler auprès d'adolescentes anorexiques et pourquoi ai-je consacré un précieux temps de recherche sur ce thème ? Je me suis également opposé à un fonctionnement institutionnel qui défendait au-delà d'appliquer

⁹²² Devereux, G. (1956). Normal et anormal. In Devereux, G. (1970). Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard. p. 6-7.

⁹²³ Gide, A. (1895). Paludes (éd 1973). Paris : Gallimard

⁹²⁴ Lachal, J. (2019). Ibid.

⁹²⁵ Freud, S. (1897). Ibid.

les contrats de poids. Ce travail m'a permis dans une moindre mesure de proposer et de défendre une méthode de soins moins coercitive. Quelle dette suis-je venu payer et qu'est-ce qui m'a poussé à faire du « débordement » le point central de ce travail ? A l'instar d'un S. Freud qui, en abandonnant sa *neurotica*, a inconsciemment cherché à défendre son père d'une potentielle folie perverse, n'ai-je pas cherché à protéger les femmes de leurs propres folies en faisant rentrer la monstruosité sexuelle de l'homme comme l'un des facteurs centraux de l'AM, minimisant ainsi les responsabilités maternelles dans l'étiopathologie anorexique ?

Sans rentrer dans une analyse personnelle qui, j'en conviens, ne concernerait en rien le lecteur, il me semble avoir été malgré moi invité à « m'occuper » des adolescentes anorexiques. En effet, au départ de mon travail en pédopsychiatrie, seule le Dr F. rencontrait ces jeunes filles en entretien individuel. Les mauvaises expériences psychothérapeutiques vécues avec mes prédécesseurs (laissant le silence oppressant s'immiscer dans l'espace intersubjectif) avaient conduit la cheffe de service à écouter les souffrances et soutenir leur élaboration sans spécifiquement orienter les adolescentes vers un psychologue.

La psychothérapie individuelle était donc proscrite, la dualité du face à face étant jugée trop intrusive pour des adolescentes effrayées à l'idée de raconter leurs angoisses à un psychologue homme. Mais avec le temps, une sincère et chaleureuse complicité s'est installée entre le Dr F. et moi-même. Attentive, curieuse et sensible au regard clinique que je pouvais apporter lors de nos échanges sur le fonctionnement psychopathologie de l'AM (critique du contrat de poids, angoisse de débordement...), j'ai commencé à recevoir petit à petit des adolescentes hospitalisées en pédopsychiatrie et en pédiatrie générale dans le cadre d'un travail psychothérapeutique individuel puis de groupe (les suivis psychothérapeutiques sont généralement indiqués par un médecin psychiatre). Sans pourtant faire de miracle, mais en respectant au maximum leur singularité, les retours des patientes et de leurs parents ont rapidement été positifs. Avec le temps, et avec les demandes de suivi post-hospitalisation qui se sont accumulées, je me suis tout naturellement retrouvé le psychologue du service à accueillir et à accompagner toutes les adolescentes aux prises de l'anorexie mentale et autres TCA. C'est donc un peu malgré moi et encouragé par le Dr F., que je me suis dirigé vers cette spécificité clinique.

« Avec vous je me sens compris », me disait Julie, Laure, Alana, Hélène, Flore et Iris. Ainsi peut se comprendre la genèse de nos différentes spécialisations. Elles s'organisent probablement sous l'effet d'un certain déterminisme. Je n'ai en effet pas choisi vers qui j'allais principalement travailler, c'est la clinique anorexique qui semble m'avoir choisi. Je ressens en effet ce profond sentiment, celui d'avoir sincèrement rencontré ces adolescentes en tant que sujet qui souffre. Je reconnais désormais qu'elles ont sollicité en moi l'envie d'écrire, de penser et de réfléchir à leurs côtés, au-delà d'investir mon énergie créative pour orienter leurs projets de soins.

13.3 La bisexualité psychique, ou le regard ouvert sur le couple passif/actif

Comme évoqué ci-dessus, le fait que je sois un thérapeute homme a laissé, au départ, frileuse le Dr F. à indiquer vers moi le suivi psychothérapeutique de certaines

adolescentes, notamment anorexiques. Et pour cause, la caractéristique homme/femme, ou plutôt masculin/féminin influe quoi qu'on en dise sur la tonalité séductrice d'une rencontre psychothérapeutique. Le genre du thérapeute n'est donc jamais anodin. Le thérapeute homme et la thérapeute femme ne sont en effet pas « égaux » dans la relation de séduction qui s'impose dans les soins psychiques. Il semble alors important que *le féminin* en l'homme doit pouvoir s'exprimer dans l'espace thérapeutique sans qu'il ne soit parasité par la dimension intrusive et effractive de sa propre sexualité.

De plus, J. Schaeffer nous rappelle qu'un thérapeute, aussi bien homme ou femme, « envie des capacités de jouissance féminine d'une patiente », pourrait renvoyer l'adolescente sur le banc des accusés. Ce thérapeute se retrouverait alors « psychologiquement du côté des exciseuses ou des inquisiteurs ». L'auteure nous rappelle en outre que les attaques envieuses d'un analyste, par ses interprétations, pourraient également « viser un amant de jouissance »⁹²⁶. Comme le disait donc S. Ferenczi, certains dangers peuvent découler de « l'autorité de l'analyste ». Alors comme le suggère J. Frankel, le thérapeute doit essayer de savoir ce dont il a besoin de la part de nos patients, « que ce soit l'amour, la flatterie ou autre chose »⁹²⁷.

Ainsi, peut-être que ma « non adhésion aux doctrines phallogocentriques » et ma capacité à accueillir et faire vivre mon *féminin*, m'a permis de poser un regard moins étriqué sur la sexualité féminine. En effet, aux dires de J. Schaeffer, inférioriser idéologiquement la sexualité féminine pourrait potentiellement faire émerger par l'intermédiaire des résistances contre-transférentielles un obstacle à la levée du refus du féminin.

13.4 La subjectivité du chercheur : un outil de compréhension

Comme le souligne F. Nietzsche, « on n'entend que les questions auxquelles on est en mesure de trouver réponse »⁹²⁸. Et en effet, je rappelle que c'est mon désaccord avec le psychiatre de l'époque qui m'a conduit à prendre la plume. Ainsi, j'ai probablement validé mes hypothèses avant même de dérouler ma pensée dans ce travail doctoral. Cependant, je pense objectivement que mes contre-transferts se sont avérés « utiles ». En effet, à écouter les adolescentes valider l'angoisse et le fantasme de débordement, mes projections, mes suggestions et mes interprétations nous ont probablement révélé des éléments nécessaires pour accéder à la réalité interne des patientes anorexiques aux prises avec leurs contrats de poids.

La rencontre intersubjective hédoniste me semble de ce fait pouvoir se penser comme un espace de « co-création » dans lequel les différents mouvements transférentiels (du patient comme du thérapeute) permettent de mettre en lumière les conflits intrapsychiques propres au sujet.

⁹²⁶ Schaeffer, J. (2002). Ibid., p.30

⁹²⁷ Frankel, J. (2003). La découverte impardonnable de Ferenczi: Comment son concept d'identification à l'agresseur continue à subvertir le modèle thérapeutique de base. *Le Coq-héron*, no<(sup> 174), 57-70.

⁹²⁸ Nietzsche, F. (1882). *Le gai savoir* (éd 1989). Paris : Gallimard

14 CHAPITRE 14 : OUVERTURE ET PERSPECTIVES

14.1 Perspectives de recherche

Un travail sur la sexualité masculine mériterait d'être réalisé au regard des ravages qu'elle occasionne sur l'objet, notamment sur l'objet féminin. Peut-être pourrait-elle d'ailleurs se comprendre au regard d'un *féminin traumatique* ou d'une angoisse de débordement ?

Notre service a également pour projet de recontacter toutes les anciennes patientes passées par nos soins afin de vérifier « scientifiquement » les conclusions cliniques de mon travail de thèse. Par l'intermédiaire d'un questionnaire que nous sommes en train de constituer, notre objectif serait de recenser les vécus subjectifs des adolescentes et leurs familles qui ont connu différentes modalités de soins : avec ou sans contrat de poids.

J'ai également pour projet de réaliser une recherche sur l'AM au regard de la 3^{ème} topique de C. Dejours par le biais d'un article. J'ai en effet abordé dans la revue de la littérature la notion *d'inconscient amential* sans pour autant l'exploiter dans ma discussion. Pourtant, il me semble que cet apport théorique pourrait nous éclaircir sur la « décompensation psychosomatique anorexique ». Il me semble en effet cohérent de questionner l'AM au regard de la psychosomatique et de la topique du clivage.

J'ai également délaissé la phénoménologie pourtant chère à mon cœur lors de ce travail de thèse. J'ai, par conséquent, en perspective de repenser mes hypothèses au regard d'une *théorie du corps* en m'inspirant des concepts fondamentaux du *corps propre* et de la *corporéité* et la *corporalité*, tout en délaissant partiellement la dimension de la *relation objectale*. A l'orée de ce parcours doctoral, j'avais effectivement posé des hypothèses intuitives au regard du concept de « corpspropriation »⁹²⁹ défendu par M. Henry.

14.2 Perspectives cliniques

Ce travail de thèse m'a encouragé à proposer des groupes de psychodrame avec les parents et les soignants des adolescentes aux prises avec l'anorexie mentale. Réunir en effet toutes les réalités psychiques dans un même espace pourrait, il me semble, offrir aux différents protagonistes la mise en suspens momentanée de leurs sensations d'être sous l'emprise d'un objet tyrannique.

Cette recherche me rappelle également ô combien il est indispensable que tous les soignants puissent bénéficier d'un espace d'analyse de la pratique. Mais comme je l'ai déjà évoqué dans ce travail, il me semble qu'au-delà d'accompagner les patients en psychothérapie, le psychologue d'obédience analytique en institution se doit d'accompagner quotidiennement l'équipe de soin dans un travail de réflexion et d'auto-

⁹²⁹ Henry, M. (1987). La barbarie. Paris : Grasset

analyse nécessaire pour *désadiser* les relations d'emprises sur *l'objet patient*. Il apparaît en effet indispensable que les conflits narcissiques et les désirs de voracité d'amour mélancolique des adultes ne viennent s'immiscer dans le projet de soins d'une adolescente déjà bien en difficultés pour exister en dehors de son négatif.

Ce temps passé à tenter de comprendre les phénomènes iatrogènes m'emmène à défendre l'idée que les hospitalisations à temps complet doivent le plus souvent être contre-indiquées, notamment pour les adolescents aux prises avec un fonctionnement limite. Cela ne semble qu'enfermer la pathologie du lien dans un contenant hétérotopique, contenant dans lequel la certitude du pire peut se vivre et se jouir sans limites.

Au-delà de l'AM, on observe en effet que de nombreuses adolescentes dites borderlines décompensent violemment après-coup pendant leur hospitalisation. De la contenance à la contention, l'espace hospitalier semble offrir la possibilité d'exploser de façon protégée. Le masochisme mortifère s'exprime en effet sans limites sous l'œil tutélaire des équipes irrésolues, disposées à répondre à l'agir dans un dévouement tout aussi sadique que bienveillant.

J'ai également souligné plusieurs fois dans ce travail la catastrophe que représente la *fureur de guérir* de certains thérapeutes en quête de sauver le monde. Avec la *position phénoménale*, je propose ainsi à tous les soignants de psychiatrie de résister au tourbillon passionnel dans lequel l'intersubjectivité médicale nous aspire. En d'autres termes, il me semble que la position la plus soignante qu'il soit se retrouve dans cette capacité à accepter de soigner l'autre sans avoir envie de le guérir (de le sauver).

CONCLUSION

« J'avais surpris mon cher surhomme en flagrant délit d'humanité : je sentis que je l'en aimai davantage »⁹³⁰.

M. Pagnol

⁹³⁰ Pagnol, M. (1957). La gloire de mon père. Paris : Grasset p.216

J'ai partagé, au commencement de ce travail, mon *désir de savoir*. Mais après toute cette théorie analysée, recrachée et associée à la douloureuse expérience humaine, je me demande peut-être encore à quoi le savoir peut-il vraiment me servir ? Ou plutôt, à quoi me sert-il vraiment de savoir ? Suis-je désormais un meilleur herméneute, plus sensible et plus juste envers moi et les autres ? Suis-je plus crédible aux yeux de mes confrères, de mes patients et leurs parents ? N'ai-je pas enfumé tous ceux qui attendaient une réponse simple aux questions que posent la pathologie de l'anorexie mentale ?

Je me rassure raisonnablement malgré tout en m'appuyant sur les principes de base que nous offre la philosophie qui, depuis l'antiquité, nous apprend à juste titre que la connaissance apaise les tensions profondes des êtres humains au-delà de nous offrir la possibilité de prendre le recul fortement nécessaire pour tenter de s'essayer à la vie heureuse. Fuir coûte que coûte les entrailles de la souffrance semble de toute évidence l'ultime caractéristique partagée par le plus grand nombre d'entre nous. C'est en tout cas ce qui transparaît au regard des explosions des demandes de psychothérapies depuis la crise sanitaire et sociale que nous venons récemment de traverser (qui semble cependant loin d'être terminée, la vie reste en effet une crise en soit, indiscutablement). De la maïeutique socratique à la métapsychologie freudienne, l'investigation des processus animiques semble constituer le procédé privilégié par lequel le sujet humain cherche à donner du sens aux douleurs et aux symptômes de son existence. Mais contrairement à la philosophie, la psychanalyse ne cherche pas forcément à les éradiquer, elle cherche avant tout à les raconter pour en donner une signification, afin que l'analysant puisse « aimer » et « travailler »⁹³¹ sans trop de difficultés. Je défends donc l'idée que celui qui accroît la connaissance de soi, se libère partiellement du déterminisme inconscient tout en stimulant ses capacités créatives, nécessaires pour se réaliser, se sublimer et « s'offrir à l'investissement positif d'autrui »⁹³².

Au-delà de penser et de conduire le savoir par-delà la connaissance, cette recherche avait pour objectif de répondre à deux questions : *Que nous échappent-ils du fonctionnement psychopathologique de l'adolescente en proie au syndrome d'anorexie mentale ? Et Comment mieux accompagner nos patientes dans l'expérience douloureuse de la guérison ?* Ce travail m'a donc permis d'apporter certains éléments de réponses qui valident en partie mes hypothèses. En effet, nous pouvons tout d'abord rendre aux *accidents de la séduction* leurs caractères traumatiques et ainsi, considérer la *solution anorexique* comme une terrible défense contre l'*effroi*, *effroi* que peut susciter la sensation de *passivité-passivation* que peut provoquer la subversion libidinale secondaire. Autrement dit, l'AM pourrait dès lors s'entrevoir comme l'expression d'un *féminin traumatique* qui conduirait en conséquence la patiente à *agir* pour ne plus *subir*. Le « refus anorexique » serait ainsi la solution pour se défendre contre l'effraction sexuelle, aussi bien provoquée par le débordement interne issu de l'éclosion pubertaire que par l'envahissement de l'objet libidinalisé.

⁹³¹ Freud, S. (1930). *Malaise dans la culture* (2015 éd). Paris : Puf p.244

⁹³² Pasche, F. (1955). *À partir de Freud* (éd 1969). Paris : Payot p. 59

Nous pouvons également constater que l'abandon des contrats de poids en faveur d'un contrat moral permettait de rendre l'expérience de soins moins douloureuse au-delà de l'ouvrir vers des possibilités thérapeutiques salutaires. Mais si le contrat moral semble pouvoir *désadiser* la relation d'emprise sur l'objet et permettre un retour de l'ordre établi sans renforcer le *narcissisme de mort* et les *investissements mélancoliformes*, nous retiendrons cependant que le débordement boulimique s'observe malgré tout dans les situations cliniques où des adolescentes ne sont jamais passées par l'hospitalisation. Le retour du corps érotique semble en effet suffire pour déclencher la voracité négative si redoutée. Ce constat ne souffre cependant d'aucun étonnement. La majorité des adolescentes souffrant d'AM nous avait effectivement prévenus : « si je commence, je ne m'arrêterai plus ».

Je terminerai en partageant au lecteur un constat que ce travail de recherche m'a permis de poser : la vie humaine est une invitation au banquet de la voracité. Résister à l'appel de cette main gracieusement tendue demande une maîtrise de soi nécessaire pour ne pas se laisser agir de façon anarchique par les forces obscures du pulsionnel. Ainsi la destruction anorexique, purgatoire des sensations monstrueuses, pourrait désormais s'entrevoir comme le moyen d'échapper à cette invitation aux allures toutes aussi dangereuses que séduisantes. Tout l'enjeu psychothérapeutique serait alors de raccompagner l'adolescente souffrant d'AM sur les chemins tumultueux de l'ordre érotique, désordre inéluctable de l'expérience ontologique. Les adolescentes anorexiques, au même titre que n'importe quel sujet désireux d'exercer moins douloureusement *son métier d'homme*⁹³³, ne peuvent en effet échapper à cette fatalité.

De ce fait, pour le soigné comme le soignant, « savoir » ouvre bien plus encore les voies d'un périple tout aussi angoissant qu'apodictique. Vivre en conscience blesse et caresse tout autant les illusions de celles et ceux qui décideront de laisser se mouvoir l'impétueux désir de vivre. Et si l'éradication des afflictions ontologiques se veut utopique, je soutiens fermement l'idée que la douleur d'exister ne pourra trouver son nécessaire réconfort qu'au contact des différentes modalités de soins qui prendront forme dans la rencontre intersubjective hédoniste. Cependant, certains sujets humains semblent si fortement agis par de monstrueuses forces internes que l'espace thérapeutique ne peut que paradoxalement devenir l'ancre du cauchemar et de la résignation, ancre dans lequel tout le masochisme mortifère hérité de la *séduction violente* pourrait se dérouler sans scrupule et sans limite, l'objectif étant le retour au zéro, à l'apaisement total des tensions inexorablement douloureuses.

Je rappelle au lecteur que ma démarche de recherche déployée dans ce travail de thèse n'avait pas pour objectif de fixer dans le marbre de la certitude une nouvelle théorie universelle sur une réaction défensivement pathologique que la nosographie psychiatrique nomme « anorexie ». Je n'ai en effet cherché qu'à ouvrir de nouvelles portes afin que la réflexion et la pensée ne restent pas figées dans la violence de l'indifférence. J'ai en effet tenté de montrer que la mise en lumière des origines des lointaines souffrances pouvait parfois suffire à mieux comprendre les énigmes issues de l'expérience transférentielle. Savoir un peu, servirait peut-être alors à accepter la cruauté de la réalité de l'existence et ferait vivre en nous une chaleureuse lucidité dépourvue de crainte. Le

⁹³³ J'emprunte ici la formule à Alexandre Jollien (2002)

savoir que l'on cultive apporterait ce petit brin de résilience et de résignation, suffisamment nécessaire pour faire vivre en retour l'amour nécessaire pour canaliser le déchaînement du *Sexual*. En effet, pour C. Dejours, l'amour reste une « forme particulière de liaison permettant de limiter la tendance du *Sexual* à produire toujours plus de déliaisons et d'excitations»⁹³⁴. La vie humaine serait en partie faite ainsi : c'est par l'amour que l'on devient profondément humain, pour le pire comme pour le meilleur.

⁹³⁴ Dejours, C. (2011). Le corps entre « courant tendre » et « courant sensuel ». *Revue française de psychosomatique*, 40, 21-42.

BIBLIOGRAPHIE

- Abensour, L. (1999). Anorexie mentale et psychose froide. Dans : , L. Abensour, Evelyne Kestemberg (pp. 44-55). Paris : Puf.
- Abraham, K. (1924). Le modèle infantile de la dépression mélancolique. Œuvres complètes, Vol II (1966 éd). Paris : Payot.
- Abraham, K. (1977). Œuvres complètes. Vol. 2. Développement de la libido : formation du caractère, études cliniques : 1913-1925. Paris : Payot.
- Abraham, N. , Torok, M. (1972). Introjecter-Incorporer. Deuil ou mélancolie. Destin du cannibalisme, nouvelle revue de psychanalyse, 6.
- Abraham, N. , Torok, M. (1987). L'écorce et le noyau. Paris : Flammarion.
- Altounian, J., Bourguignon, A., Cotet, P., Laplanche, J. (2005). Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense, In Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse vol. 3 : 1894-1899. Paris : Puf.
- Amar, N. (2005). Spécificité du psychodrame : de ses origines à son originalité. Le Carnet PSY, 102, 16-19.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1966). Précis de psychodrame. Introduction aux aspects techniques. (1970 éd.). Paris : Éditions universitaire.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1966). Le psychodrame. (2003 éd.). Paris : Payot.
- Ancelin Schützenberger, A. (1970). Le groupe de formation, pédagogie ou thérapie ? Thèse de doctorat. Paris.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1970). Présentation du psychodrame. Bulletin de psychologie, Le psychodrame, 23 (285), 969/993.
- Ancelin-Schützenberger, A. (2012). Le plaisir de vivre. Paris : Payot.
- André, J. (1994). La sexualité féminine (éd 2022). Paris : Puf.
- André, J. (1995). Aux origines féminines de la sexualité. Paris : Puf.
- André, J. (1999). Les états limites: Nouveau paradigme pour la psychanalyse ?. Paris : Puf.
- André, J. & Thompson., C. (2002). Transfert et états limites. Paris : Puf.
- André, J. (2009). Les 100 mots de la psychanalyse. Paris : Puf.
- André, J. (2009). Folies de Femmes. Paris : Puf .
- André, J. (2009). L'événement et la temporalité. Revue française de psychanalyse, 5/2009, p.1292.
- André, J. (2019). La vie sexuelle. Paris : Que sais-je ?

- André, J. (2022). *La sexualité masculine*. Paris : Puf.
- André, J. (2022). *La femme dangereuse*. Dans : Jacques André éd., *La sexualité masculine* (pp. 37-39). Paris : Puf.
- André, J., Juranville, A. (2002). *Fatalités du féminin*. Paris :Puf.
- André, J., Chabert, C. (2020). *Folies paternelles*. Puf .
- Angelergues, J. & Cointot, F. (2016). *Le principe de plaisir*. Dans : Jacques Angelergues éd., *Le principe de plaisir* (pp. 1-8). Paris : Puf.
- Anzieu, D. (1956). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. (1979 éd.). Paris : Puf.
- Anzieu D. (1987). *Les signifiants formels et le Moi-peau, 1-22*, in *Les enveloppes psychiques* (ouvrage collectif), coll. « Inconscient et culture ». Paris :Dunod.
- Anzieu, D. (2000). *Psychanalyser*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (2009). *Chapitre 2 - Freud et la mythologie: 1970*. Dans : , D. Anzieu, *Le travail de l'Inconscient* (pp. 72-112). Paris: Dunod.
- Anzieu, D. & Martin, J.-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. (1986 éd.). Paris : Puf.
- Anzieu, D. (2011). *Les débuts du psychodrame en France (1946-1972)*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56(1), 9-24.
- Apter, N. (2003). *The human being : J.L. Moreno's vision in psychodrama*. *International Journal of Psychotherapy (European Association for Psychotherapy)*, no 8(1), pp.31-36.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. *Taux de mortalité chez les patients souffrant d'anorexie mentale et d'autres troubles de l'alimentation : une méta-analyse de 36 études* .
- Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris : Plon.
- Askenazy, F. (2010). *Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent*. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 23, Issue 3, 2010, Pages 154-159.
- Askenazy, F, Dor, E, Battista, M. (2013). *Libérer la contrainte : les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (61. 07-août). 2013. 428-432.
- Askenazy, F. (2016). *Anorexie à l'adolescence et séparation*, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 174, Issue 6, 2016, Pages 426-430, ISSN 0003-4487.

Assoun, P. (2004). Le corps saint: Du déni à la jouissance. *Champ psychosomatique*, no<sup> 33), 11-27.

Aulagnier, P. (1986). Naissance d'un corps, origine d'une histoire. Les belles lettres.

Bange, F. (1995). Du jeûne sacré à l'anorexie mentale. *L'évolution psychiatrique*, 60,1995, 783-804.

Barbier, R. (1996). La recherche-action. Paris : Anthropos.

Barbier, D. & Roy, I. (2016). 9. Traumatisme psychique et troubles du comportement alimentaire: Thérapies spécifiques. Dans : Sophie Criquillion éd., *Anorexie, boulimie: Nouveaux concepts, nouvelles approches* (pp. 79-88). Cachan: Lavoisier.

Bascllet, J. (2003). Colette Combe, *Soigner l'anorexie*: Paris, Dunod, 2002. *Che vuoi*, 19, 273-276.

Baudrillard, J. (1970). La société de consommation (éd 1986). Paris : Folio.

Beauvoir, S. (1949). Le deuxième sexe. Paris : Gallimard.

Belamich, G. & Costantino, C. (2011). Effraction pubertaire et ascèses anorexiques : du vécu adolescent à la construction du symptôme. *Cliniques*, 2, 30-47.

Bell, R.M. (1994). L'anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours. Paris : Puf.

Bell, R.M. (1985). Holy anorexia. Chicago : The University of Chicago Press.

Bentata, H. (2015). Le féminin à l'adolescence. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 91, 41-48.

Benyamin, M. (2013). L'après-coup à l'adolescence. Dans : , M. Benyamin, *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence: Approches psychanalytiques et psychosomatiques* (pp. 269-276). Paris : Puf.

Bergen, V. (2013). Le corps glorieux de la top-modèle. Nouvelles. Paris : Editions lignes.

Bernet, R. (1992). Le sujet dans la nature. Réflexions sur la phénoménologie de la perception chez Merleau-Ponty. Merleau-Ponty, phénoménologie et expériences.

Bertrand, M. (1997). L'idéalisation et ses avatars. La dépression. Dans : M. Bertrand, *Francis Pasche* (pp. 47-59). Paris : Puf.

Bidaud, E. (1999). A propos du couple mère-fille dans l'anorexie mentale. Une clinique de l'incestuel. In *Cahiers de psychologie clinique*, n°13, 1999, p.143-153.

Bidaud, E. (2001). Le corps de l'anorexique ou l'« effacement des zones érogènes ». Dans : Serge Lesourd éd., *Le féminin : un concept adolescent* (pp. 91-102). Toulouse : Érès.

Bihir, A., Pfefferkorn, R. (2018). Le système des inégalités. Paris : La découverte.

- Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. (1965 éd.). Paris : Puf.
- Bion, W.R. (1997). *Pensée sauvage, pensée apprivoisée*. Larmor-Plage : Hublot.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle*. (1991 éd.). Paris : Puf.
- Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de « traumatisme » : traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 69, 891-905.
- Bompart-Porte, M. (2004). *De l'angoisse. Psychanalyse des peurs individuelles et collectives*. Paris : Armand Colin.
- Boubli, M. (1999). Modes de défense et de relations d'objet de type autistique chez des adolescents anorexiques. Dans : International Society for Adolescent Psychiatry éd., *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (pp. 151-161). Paris: ÉGREUPP.
- Bourdieu, P. (1980). La métamorphose des goûts, dans *Questions de sociologies*. Paris : édition de minuit.
- Bourdin, D. (2002). " Agonie, clivage et symbolisation " de René Roussillon. *Revue française de psychanalyse*, 66, 265-269.
- Bourguignon, M. & Katz-Gilbert, M. (2018). Les espaces de la réalité psychique : Une revue critique de la littérature. *Research in Psychoanalysis*, 26, 130a-141a.
- Boss, M. (1959). *Introduction à la médecine psychosomatique*. Paris : Puf.
- Bowden H. A (2012). Phenomenological study of anorexia nervosa. *Philos Psychiatry Psychol* 2012;19(3):227-41.
- Boyer, C. (2012). Du « freudo-marxisme » au « freudo-libéralisme » ?. *Le Philosophoire*, 38, 229-249.
- Braconnier, A. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Le Carnet PSY*, 70(2), 26-33. doi:10.3917/lcp.070.0026.
- Braconnier, A. (2006). Questions sur les processus de clivage à l'adolescence. *Le Carnet PSY*, 112, 42-43.
- Braconnier, A. (2010). Entretien avec Jacques André. *Le Carnet PSY*, 145, 31-39.
- Braconnier, A. (2014). Clinique des fonctionnements limites à l'adolescence : deux modèles psychothérapeutiques. Dans : Vincent Estellon éd., *Actualité des états limites* (pp. 63-71). Toulouse : Érès.
- Braconnier, A. (2019). *La menace dépressive à l'adolescence*. Toulouse, France: Érès.

Braunschweig D., Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental.* Paris : Puf.

Bruch, H. (1973). *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique* (éd 1994). Paris : Payot.

Bruch, H. (1977). *Anorexie mentale.* New York : Raven Press.

Brumberg, J.J. (1988). *Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa.* Vintage Book.

Brumberg, J.J. (1997). *The Body Project : An Intimate History of American Girls,* New York, Random House.

Brunswick, A. (2019). *L'anorexie mentale au secours de l'effraction sexuelle.* In *La sexualité interdite. Séminaire de l'Association de psychologues cliniciens d'orientation freudienne.*

Brusset, B. (1977). *L'assiette et le miroir.* Privat : science de l'homme.

Brusset, B. (1991). « Introduction générale », *La boulimie.* Monographies de Psychanalyse. Paris : Puf.

Brusset, B. (1998). *Pathologie de l'anorexie mentale* (éd 2008). Paris : Dunod.

Brusset, B. (2001). *Oralité et attachement.* *Revue française de psychanalyse*, 65, 1447-1462.

Brusset, B. (2005). *La figure de l'anorexique dans l'adolescence.* *Adolescence*, 233, 575-586.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R. (199). *Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression.* *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:27-32.

Burgat, F. (2013). *Devenir végétarien.* *Sens-Dessous*, 12, 95-104.

Bynum, C.W. (1987). *Holy Feast and Holy Fast. The religious significance of food to medieval women.* Berkley : University of California Press.

Caille, P. (1989). *L'anorexie comme double message à destinations multiples,* dans Prieur (B.), *L'anorexique, le toxicomane et leur famille.* Paris : ESF p. 54-63.

Caleca, C. (2013). *Didier Anzieu, Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal* (1975), Dunod, 1999. Dans : *Didier Drieu éd., 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (pp. 299-305). Paris: Dunod.

Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe.* Paris : Folio.

Camus, A. (1958). *Discours de Suède.* Paris : Gallimard.

Canguilhem, G. (2013). II. *Sur les normes organiques chez l'homme.* Dans : G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (pp. 247-266). Paris : Puf.

Carles, M.E., Ludot, M., Lachal, J. Moro, M.R., Blanchet, C. (2022). Les enjeux de la transition dans l'anorexie mentale vus par les professionnels : une étude qualitative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. ISSN 0003-4487.

Carroy, J., Ohayon, A. & Plas, R. (2006). 1 / Les origines de la psychologie française : philosophie et médecine. Dans : Jacqueline Carroy éd., *Histoire de la psychologie en France: XIX^e – XX^e siècles* (pp. 9-28). Paris: La Découverte.

Chabert C. (1993), La boulimie : perversion ou mélancolie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41, 5-6, 250-253.

Chabert, C. (1993). Mon père préfère les blonds. *Revue française de psychanalyse*, no<sup>57, 329-342.

Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris : Puf.

Chabert, C. (2014). Le lieu et le moment. *Revue française de psychanalyse*, 78, 1438-1442.

Chabert, C. (2020). *Régressions*. Toulouse : Érès.

Chaboudez, G. (2003). Pierre Fédida : Des bienfaits de la dépression. *Figures de la psychanalyse*, n<sup>o8, 144-146.

Chabrol, H. (2013). L'anorexie mentale de l'adolescente. *Développements*, 14, 29-38.

Chagnon, J. (2006). Le masochisme dans les travaux psychanalytiques français : Un sujet (dé)battu.. *Psychologie clinique et projective*, 12, 7-67.

Chan Chee, C., Guignon, N., Delmas, M.C, Herbet, J.B., Gonzales, L. (2012). Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *in* *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Volume 60, Numéro 1. Février 2012, p. 31-39.

Charcot, J-M. (1890). « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie », dix-septième leçon sur les maladies du système nerveux, in *Œuvres complètes*, tome III. Paris, Le progrès médical / Lecrosnier et Babé ? 1890, 238-252

Chassaing, J. (2009). Anorexie et question du désir chez René Girard. *Journal français de psychiatrie*, 32, 27-29.

Châtelet, N. (1988). *Histoires de bouches*. Paris : Gallimard.

Chiche, S. (2020). Une histoire érotique de la psychanalyse. De la nourrice de Freud aux amants d'aujourd'hui. Paris : Payot.

Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Puf .

Chollet, M. (2012). *Beauté fatale*. Paris : La découverte.

Cholet, M. (2018). *Les sorcières. La puissance invaincue des femmes*. Paris : Editions Zones.

- Chouvier, B. (2016). Chapitre 1. La singularité de l'approche clinique. Dans : Bernard Chouvier éd., *L'entretien clinique* (pp. 19-27). Paris: Armand Colin.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique en recherche périnatale : intérêts, exigences, limites. In N. Presme (Dir.), *Recherches en périnatalité* (pp. 75-88). Paris : Puf.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63, 65-78.
- Classen, A. (2008). *The Medieval Chastity Belt: A Myth-making Process*. Palgrave Macmillan.
- Cohen-Halimi, M. (2014). *Moïse et l'idée de peuple. La vérité historique selon Freud* de Bruno KARSENTI, Paris, Cerf, 2012, 229 p.. *Revue de métaphysique et de morale*, 82, 273-287.
- Combe, C. (2002). *Soigner l'anorexie* (éd 2009). Paris : Dunod
- Condamin, C. (2005). Anorexie mentale: Pathologie des liens entre les générations. *Le Divan familial*, 14, 147-156.
- Connan, F. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 79(1), 13-24.
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques*. Toulouse : Eres
- Corcos, M. (2000). *Le corps absent: Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Corcos, M. (2005). D'un corps l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires. *Champ psychosomatique*, 4(4), 135-143.
- Corcos, M. (2005). Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue*, no<(sup> 169), 97-109.
- Corcos, M. (2006). L'anorexie mentale. *Le Journal des psychologues*, 234(1), 58-62. doi:10.3917/jdp.234.0058.
- Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod
- Corcos, M. (2018). Un outil de reproduction non sexuée pour une maladie A-sexuellement transmise. Désir d'enfant, désir de grossesse, besoin de désir. *Le Carnet PSY*, 1(1), 42-49.
- Corcos, M. (2020). *Abécédaire de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Jeammet, Ph., *et al.* (1998). Place et fonction du concept d'alexithymie dans les TCA. *Annales médicopsychologiques*, 156 (9).

- Corcos, M., Dupont, M.E. (2007). Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 21 (2007) 190–200 Elsevier Masson SAS.
- Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A. & Doyen, C. (2008). L'anorexie mentale, déni et réalités. Rueil Malmaison : Doin.
- Corcos, M & Pirlot, G. (2011). Qu'est-ce que l'alexithymie. Paris : Dunod.
- Corcos, M., Cayol, V., Alvarez, L., Nicolas, L., Lamas, C. (2013). Anorexie mentale et boulimie chez l'adolescente. *La Lettre du Gynécologue* • n° 378-379 - janvier-février 2013.
- Corman, L. (1982). Nietzsche : psychologue des profondeurs. Paris : Puf.
- Couchard, F. (2004). Le fantasme de séduction dans la culture musulman. Paris : Puf.
- Criquillon, S. & Doyen, C. (2016). Anorexie, boulimie: Nouveaux concepts, nouvelles approches. Cachan: Lavoisier.
- Damasio, R., A. (1994). L'erreur de Descartes. Paris : Odile Jacob.
- Damasio, R., A. (2003). Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions. (2005 éd.). Paris : Odile Jacob
- Darcourt, G. (2010). 45. Psychanalyse et dépression. Dans : Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs* (pp. 383-387). Cachan: Lavoisier.
- Dargent, F., Estellon, V. (2018). Les 100 mots de l'adolescent. Paris : Puf.
- Darmon, M. (2008). Devenir anorexique : Une approche sociologique. Paris: La Découverte.
- Darwin, C. (1859). L'origine de l'espèce. Paris : Seuil.
- Dayan, J. (2011). Dépressivité et dépression à l'adolescence. *Adolescence*, 294, 737-745.
- Defontaine, J. (2002). L'incestuel dans les familles. *Revue française de psychanalyse*, 66, 179-196.
- Dejours, C. (1986). Le corps entre biologie et psychanalyse. Paris : Payot.
- Dejours, C. (1989). Recherches psychanalytiques sur le corps : répression et subversion en psychosomatique. Paris : Payot
- Dejours, C. (1997). Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?. In: *Psychologie clinique et projective*, vol. 3, 1997. Psychosomatique. pp. 3-18.
- Dejours, C. (2001). Le corps d'abord. Paris : Payot.
- Dejours, C. (2006). Le rêve : révélateur ou architecte de l'inconscient ? In *Psychiatrie Française*, 37, 7-28.

- Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. Paris : Le carnet psy, Mai 2008-N°26.
- Dejours, C. (2009). Les dissidences du corps. Paris : Payot.
- Dejours, C. (2011). Le corps entre « courant tendre » et « courant sensuel ». *Revue française de psychosomatique*, 40, 21-42.
- Dejours, C. (2012). Hommage à Jean Laplanche. *Psychologie Clinique*, 34, 243-246.
- Dejours, C. (2013). L'inné et l'acquis: La cohabitation entre l'infantile (pulsionnel) et le pubertaire (instinctuel). *Le Carnet PSY*, 173, 37-41.
- Dejours, C. (2017). Troisième topique et analyse de la destructivité. *Le Carnet PSY*, 206, 42-49.
- Dejours, C., Pailler, J. (2009). Propos sur la santé. *Revue française de psychosomatique*, 36, 39-53.
- Dejours, C., Tessier, H. (2018). Laplanche et la traduction, une théorie inachevée. Paris : Puf.
- Dejours, C., Tessier, H. (2020). Narcissisme et Sexual dans l'œuvre de Jean Laplanche. Paris : Puf.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1972). Capitalisme et schizophrénie. L'anti Œdipe. Paris : Les éditions de minuit.
- Deleuze, G. (1981). Spinoza. Philosophie pratique. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Delion, P. (2014). Hommage à Jean Oury (1924-2014). *L'information psychiatrique*, 90, 503-505.
- Delmas, P. (2019). Petit traité de psycho-mythologie, ou le pouvoir évolutif du mythe. Paris : L'Harmattan.
- de Mijolla, A., de Mijolla-Mellor, S., Perron, R., Golse, B. (2002). Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris : Calmann-Lévy.
- de Mijolla-Mellor, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, n°<sup> 1), 27-47.
- Denis, P. (1994). Fixations dynamiques, fixations dépressives. *Revue française de psychosomatique*, °6, 139-150.
- Denis, P. (1999). États de la passivité. *Revue française de psychanalyse*, no<sup> 63), 1577-1586.
- Denis, P. (2001). Eloge de la bêtise. Paris : Puf.

- De Perseval, C. (2014). Anorexie, boulimie : quand la haine s'empare du corps. Dans les territoires de la haine. Paris : Puf
- Derrida, J. (1991). Donner le temps. La fausse monnaie. Paris : Galilée.
- Descamps, M. (2002). Lilith ou la permanence d'un mythe. *Imaginaire & Inconscient*, no<sup> 7), 77-86.
- Descartes, R. (1637). Discours sur la méthode (ed. 2020). Paris : le livre de poche.
- Descola, P. (2005) Par-delà nature et culture. Paris : Gallimard.
- Descôteaux, J., Laverdiere, O. (2019). Narcissisme normal et pathologique : exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines. *Psychotérapies* 39(2) : 55.
- Despentes, V. (2007). King Kong théorie. Paris : Grasset.
- Despentes, V. (2010). Apocalypse bébé. Paris : Grasset.
- Desveaux, J. (2016). Penser le soin des adolescents en institution à partir des apports de Winnicott. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 131-166.
- De Tournemire, R., Alvin, P. (2001). Prise en charge somatique dans l'anorexie mentale : recommandations médicales. *Neuropsychiat Enf Adolesc.* 49(5-6) : 384-92.
- Devereux, G. (1956). Normal et anormal. In Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- De Vigan, D. (2001). *Jours sans faim* (éd. 2009). Paris : J'ai lu.
- Diamond, D., Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, 33(1), 115-139.
- Diatkine, R. (2004). 41. La place de l'étude du langage dans l'examen psychiatrique de l'enfant. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 653-657). Paris : Presses Universitaires de France.
- Duneton, C., Foulon, C. (1994). Traitement institutionnels des troubles du comportement alimentaire, in B. Samuel-Lajeunesse et C. Foulon, *Les conduites alimentaires*. Paris : Masson.
- Durif-Bruckert, C. (2003). Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire. *Champ psychosomatique*, 1(1), 71-95.
- Durif-Bruckert, C. (2017). *Expériences anorexiques : Récits de soi, récits de soin*. Paris : Armand Colin .
- Durif-Bruckert, C. (2017). 3. Retrait de soi, identité anorexique. Dans : , C. Durif-Bruckert, *Expériences anorexiques: Récits de soi, récits de soin* (pp. 105-130). Paris: Armand Colin.

- Dumet, N. & Duclos, K. (2009). Anorexie et subjectivation féminine : forces et avatars de l'intégration anale. Dans : Jacques André éd., *Folies de Femmes* (pp. 201-226). Paris : Puf.
- Dumont, P., Terral, D. & Fénéon, D. (2021). Du contrat de poids au contrat moral : Modèle de prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence. *Psychotropes*, 1(1-2), 133-148.
- Dumont, P., Lachal, J. (2023). Le dispositif à médiations thérapeutiques dans la clinique de l'agir adolescent. *Soins psychiatrie*, Volume 8141, Issue 345, 03/2023, Pages 1-46, ISSN 0241-6972
- Dupont, J. (2005). Erich Fromm. Un psychanalyste hors normes. Le Coq-Héron n°182. Paris : Erès.
- Doba, K. & Nandrino, J. (2008). Dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale : perspective interactionniste. *Bulletin de psychologie*, 494, 145-157.
- Donnet, J.L.. (1995). Le divan bien tempéré. Paris : Puf.
- Dornes, M. (1997). *Psychanalyse et psychologie du premier âge* (éd 2002). Paris : Puf.
- Dworkin, A. (1988). *Intercourse*. New York : The free Press.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.
- Emmanuelli, M. (2005). Les issues du travail psychique de l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 11, 257-275.
- Emmanuelli, M., Perron, R. (2007). *La recherche en psychanalyse*. Paris : Puf.
- Englebert, J. (2015). Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique, *Annales Médico psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 173, Issue 8, 2015, Pages 659-664, ISSN 0003-4487.
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris : Flammarion.
- Esmenjaud Glasman, C. (2021). Anne Ancelin Schützenberger. *Psychodrame d'une vie*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Estellon, V. (2010). *Les états limites* (éd 2019). Paris : Puf.
- Estellon, V. (2012). « Avant-propos. Les cliniques de l'extrême aujourd'hui ». In V. Estellon & F. Marty (Dir.). *Cliniques de l'extrême* (pp. 17 – 21). Paris : Armand Colin.
- Estellon, V. (2014). *Actualité des états limites*. Toulouse : Erès.
- Estellon, V. (2014). La douleur d'exister. *Le Carnet PSY*, 178(2), 24-28. doi:10.3917/lcp.178.0024.
- Estellon, V. (2014). « « Plus fort que moi. » De la compulsion obsessionnelle à l'agir limite ». In P. Guyomard (Dir.), *Le moi, cet incorrigible* (pp. 137-153). Paris : Puf

- Estellon, V. (2016). *Les folies compulsives*. Paris : Dunod
- Estellon, V. (2020). *Terreur d'aimer et d'être aimé*. Toulouse : Eres
- Estellon V., Marty, F. (2012.). *Cliniques de l'extrême*. Paris : Armand Colin.
- Estour, B., Germain, N., Diconne, E., Frere, D., Cottet-Emard, J-M., Carrot, G., Lang, F., Galusca, B. (2010). Hormonal Profile Heterogeneity and Short-Term Physical Risk in Restrictive Anorexia Nervosa. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 95. 2203-10. 10.1210/jc.2009-2608.
- Faes, H. (2010). Ce que donne la nature humaine. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 261, 99-111.
- Fairburn, CG., Cooper, Z., Doll, HA., Welch, SL. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa Three Integrated Case-Control Comparison. *Arch Gen Psychiatrie*. 1999;56(5):468-476.
- Falguière, J. (2003). Analyse de groupe et psychodrame. *Empan*, n°⁴⁹, 134-139.
- Faure, B. (2020). La France : un état-limite ? Où sont passés les névrosés ? *Le Journal des psychologues*, 380, 68-72.
- Fédida, P. (1972). *Le cannibale mélancolique. Œuvres complètes, Tome 1, 1963-1975*. Paris : Mjw Edition.
- Fédida, P. (1995). *Le site de l'étranger*. Paris : Puf.
- Fédida, P. (1999). Un patient de rêve pour un psychanalyste ?. Dans : André Jacques éd., *Les états limites: Nouveau paradigme pour la psychanalyse ?* (pp. 69-77). Paris : Puf.
- Fédida, P. (2001). *Les bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Fédida, P. (2002). Le psychanalyste : un état limite ?. Dans : Jacques André éd., *Transfert et états limites* (pp. 85-104). Paris : Puf.
- Fédida, P. (2008). « Lolita » de Vladimir Nabokov. *Adolescence*, 262, 301-321.
- Fejtö, K. (2020). Emprise et toute-puissance paternelle. Dans : Jacques André éd., *Folies paternelles* (pp. 35-52). Paris : Puf
- Ferenczi, S. (1928). Élasticité de la technique psychanalytique (éd 1982), in *Psychanalyse IV*. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1931). *L'enfant dans l'adulte*. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1932). *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant* (éd 2004). Paris : Payot.

- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*, texte établi sous la direction de J. Dupont (éd 1985). Paris : Payot.
- Fjellestad-Paulsen, A., Bargiacchi, A., Doyen, C., C. Raverdy, C., Carel, J-C., Le Heuzey, M-F. J. Léger, J. (2015). Anorexie mentale de l'enfant : efficacité du traitement par l'hormone de croissance dans les formes avec atteinte sévère de la croissance, *Annales d'Endocrinologie*, Volume 76, Issue 4, 2015, Page 351, ISSN 0003-4266.
- Folsom, VL., Krahn, DD., Nairn, K., Gold, LJ., Demitrack, MA., Silk, KR. (1993). L'impact des abus sexuels et physiques sur les troubles de l'alimentation et les symptômes psychiatriques : une comparaison des troubles de l'alimentation et des patients hospitalisés en psychiatrie. *Le journal international des troubles de l'alimentation*, 13 3 , 249-57.
- Fond, G. Lancon, C., Auquier, P., Boyer, L (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. In *La Presse Médicale*. Volume 48, Issue 4, Pages 365-375
- Fortes, I. (2012). Le corps contemporain et la problématique de l'anorexie mentale. *Recherches en psychanalyse*, 13, 51-59.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Frank, A. (1947). *Le journal d'Anne Frank* (éd 2013). Paris : Le livre de poche.
- Frankel, J. (2003). La découverte impardonnable de Ferenczi: Comment son concept d'identification à l'agresseur continue à subvertir le modèle thérapeutique de base. *Le Coq-héron*, no<(sup> 174), 57-70.
- Frère-Artinian, C. (2013). La psychothérapie psychanalytique corporelle : une alternative à la *cure-type*. *L'information psychiatrique*, 89, 743-750.
- Freud, S. (1894). Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse ». *Névrose, Psychose et Perversion* (1985 éd). Paris : Puf.
- Freud, S. (1895). *Lettres à Wilhem Fliess : 1887-1904* (éd 2006). Paris : Puf.
- Freud, S. (1895). *Manuscrit G, la mélancolie. Naissance de la psychanalyse* (éd 1979). Paris : Puf.
- Freud, S. (1895). *Projet de psychologie scientifique* (éd 1986). Paris : Puf.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*(éd 2010). Paris : Seuil.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (éd 1989). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1909). *L'homme au rat* (éd 1996). Paris : Puf.

Freud, S. (1911). Formulation sur les deux principes du fonctionnement psychique. In Résultats, idées, problèmes tome 1 (éd 1998). Paris : Puf.

Freud, S. (1912). Totem et Tabou. Paris : Payot.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Paris : Payot.

Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. Métapsychologie, œuvres complètes (éd 1988). Paris : Puf.

Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In Métapsychologie (éd 1968). Paris : Gallimard.

Freud, S. (1915). Métapsychologie. Paris : Gallimard.

Freud, S. (1917). Sur les transpositions des pulsions, plus particulièrement dans l'érotisme anal. In La vie sexuelle. Paris : Puf.

Freud, S. (1917). Deuil et mélancolie: Extrait de Métapsychologie (éd 2004). Sociétés, no<(sup> 86), 7-19.

Freud, S. (1918). A partir de l'histoire infantile d'une névrose. L'homme au loup (éd 1990). Paris : Puf.

Freud, S. (1919). Un enfant est battu (éd 2019). Paris : Payot.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse. (éd 1972). Paris : Payot.

Freud, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. (éd 2012). Paris : Payot.

Freud, S. (1922). Introduction à la psychanalyse (éd 2015). Paris : Payot.

Freud, S. (1923). L'Organisation génitale infantile, in La Vie sexuelle (éd 1969). Paris : Puf.

Freud, S. (1924). Totem et tabou. (éd 1983). Paris : Payot.

Freud, S. (1924). Essais de psychanalyse. (1972 éd.). Paris : Payot.

Freud, S. (1924). Le problème économique du masochisme, Névrose, Psychose et Perversion. Paris : PUF, 1973, 287-297.

Freud, S. (1925). Le rêve et son interprétation. Paris : Gallimard.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse (éd 2014). Paris : Payot.

Freud, S. (1930). Malaise dans la culture (éd 2010). Paris : Puf.

Freud, S. (1932). La féminité. In Nouvelles conférences d'introduction à la Psychanalyse. Paris : Gallimard.

- Freud, S. (1936). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Gallimard.
- Freud, S (1937). *L'analyse finie et l'analyse infinie, suivi de Constructions dans l'analyse* (éd 2019). Paris : Puf.
- Freud, S. (1937). *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. Résultats, idées, problèmes, II*, (éd 1985). Paris : Puf.
- Freud, S. (1938). *Résultats, idées, problèmes II* (2010 éd). Paris : Puf.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (éd 1986). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1940). *Abrégé de psychanalyse* (1997 éd). Paris : Puf.
- Freud, S. (1998). *Le créateur littéraire et la fantaisie*. Dans : Annie Anargyros-Klinger éd., *Créations, psychanalyse* (pp. 11-20). Paris : Puf.
- Freud, S. (2014). Le poète et l'activité de fantaisie. *Revue française de psychosomatique*, 46, 131-140.
- Freud, S. & Ferenczi, S. (1996). *Correspondance, 1920- 1933, les années douloureuses*. Paris : Calmann-Levy.
- Gaillard, G. & Gimenez, G. (2013). Narcissisme, créativité et prédation dans les groupes institués. *Bulletin de psychologie*, 526, 323-332.
- Gadeau, L. (2015). Vers une société du narcissisme pervers. *Connexions*, 104, 165-176.
- Gal, C. (2016). Le psychodrame. Une expérience aussi forte que la vie. Paris : Odile Jacob.
- Gal, C., Estellon, V. (2020). Le psychodrame de groupe : un théâtre des limites ?. *Adolescence*, 382, 521-531.
- Galmiche, M. Déchelotte, P. Lambert, G. Tavoracci, M.P. (2019). Prévalence des troubles du comportements alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *Nutrition clinique et Métabolisme*. Volume 33, Issue 1, Mars 2019, p 112.
- Gandouly, M. (2013). Anorexie et maternité : un ventre plein pour apaiser un ventre vide ?. *Le Carnet PSY*, 1(1), 36-40.
- Garma, A. (1981). *Le rêve. Traumatisme et hallucination*. Paris : Puf.
- Gazalé, O. (2017). *Le mythe de la virilité, un piège pour les deux sexes*. Paris : Robert Laffont
- Geller, J. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Gero, G. (1967). An equivalent of depression. Anorexia, in : Greenacre P. *Affective disorders*. London : Hogarth.

Giovannangeli, D. (2001). 2. Psychanalystes et hellénistes : Œdipe au cœur de la controverse. Dans : , D. Giovannangeli, *Métamorphoses d'Œdipe: Un conflit d'interprétations* (pp. 21-52). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Godart, N. (2005). Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Archives de Pédiatrie*, Volume 12, Issue 10, 2005, Pages 1544-1550.

Godart, N., Perdereau, F., Wallier, J. (2007). Anorexie mentale : bases rationnelles pour l'hospitalisation en milieu psychiatrique, *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Volume 21, Issue 4, 2007, Pages 179-184, ISSN 0985-0562.

Godart, N., Lamas, C., Nicolas, I., Corcos, M. (2010). Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 23, Issue 1, 2010, Pages 30-50, ISSN 0987-7983.

Godfrind, J. (2001). Comment la féminité vient aux femmes. Paris : Puf.

Godfrind, J. (2001). Chapitre VI. Penser la séduction traumatique. Dans : J. Godfrind, *Comment la féminité vient aux femmes* (pp. 113-135). Paris : Puf.

Godfrind-Haber, J. & Haber, M. (2005). L'amour de contre-transfert. *Topique*, no<sup>90), 43-56.

Godelier, M. (2005). « Freud et Lévi-Strauss désarçonnés : À propos de l'inceste ». In F. Richard, F. Urribarri, (sous la direction de), *Autour de l'œuvre d'André Green : enjeux pour une psychanalyse contemporaine*, Paris : Puf.

Godin, L. (2014). Saisir l'anorexie par le corps : de la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, 27(1), 31-47.

Goldbeter-Merinfeld, É. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n^o<sup>35.

Goldstein, C. (1995). Maîtrise de la pulsion ou maîtrise par la pulsion ? In *Revue française de Psychanalyse*, 1995/3, Paris : Puf.

Golse, B. (2004). « La pulsion d'attachement, un concept stimulant dans le débat entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet », dans *Perspectives psychiatriques*, 43, 4, p. 261-268.

Golse, B. (2007). Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet. *Dialogue*, 175, 15-29.

Golse, B., Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris : Puf.

Gomes, P. (2014). Anorexia nerviosa. La prevencion en familia. Piramide Ediciones Sa edición.

Gooldin, S. (2008). « Being Anorexic : Hunger, Subjectivity, and Embodied Morality », *Medical Anthropology Quarterly*, 22, 3 : 274-296.

- Gorwood, P. (2015). News insights in anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*.
- Granier, J. (1977). 10 - Discours philosophique et attitude naïve. Dans : , J. Granier, *Le discours du monde: Essai sur la destination de la philosophie* (pp. 262-281). Paris: Le Seuil.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (éd 2007). Paris : les éditions de minuit.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif* (éd 2011). Paris : les éditions de minuit.
- Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, (63), 1587-1600.
- Green, A. (2009). *L'aventure du négatif. Lectures psychanalytiques d'Henry James*. Paris : Hermann.
- Grosjean, A. (2016). *Sois-belle et tais-toi. Dans les coulisses du mannequinat*. City édition.
- Gross, M. (2015). Anorexie mentale et pulsion cannibalique. *Le Journal des psychologues*, 325, 72-76.
- Guéguen, JP. (2003). L'anorexie mentale : une pathologie féminine. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. n° 51, no. 1, 2003, pp. 81-86.
- Guelfi, J. & Logak, Z. (2013). 20. La personnalité narcissique. Dans : Julien-Daniel Guelfi éd., *Les personnalités pathologiques* (pp. 159-167). Cachan: Lavoisier.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1997). *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture.* - (2ième édition) Paris : éditions Masson.
- Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S. & Vénisse, J. (2007). Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*, 83, 389-395.
- Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris : Puf.
- Gutton P. (1997). Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : M. Perret- Catipovic et F. Ladame (Éds.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Lausanne : Delachaux & Niestlé, pp. 193-212.
- Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., Lebugle, A., Lejbowicz, T., Mazuy, M .. & Dupuis, J. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population & Sociétés*, 538(10).
- Hartmann, H. (1938). *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation* (éd 1968). Paris : Puf.
- Hatzfeld, M. (2011). La différence des sexes : quelle différence : Retour sur la phase phallique dans La Relation d'Objet. *Essaim*, 26, 137-152.

- Heidegger, M. (1927). *L'être et le temps*. Paris : Gallimard.
- Hendrick, S. (2009). Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie Familiale*, 30, 211-233.
- Henry, M. (1987). *La barbarie*. Paris : Grasset.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Baines J. (2017). Food matters: how the microbiome and gut-brain interaction might impact the development and course of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., Zeeck, A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(40):678–85.
- Herzog D, Keller M, Lavori P, Kenny G, Sacks N. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of clinical psychology* 1992;53:147–52.
- Holm, J.S. and Co. (2012). Reflections on the involuntary treatment in the prevention of fatal anorxia nervosa : a review of the cases. In *Journal Eat Disord*.
- Houssier, F. (2011). S. Freud et son Antigone : adolescence et liens de mutualité théoriques. *Topique*, 115, 17-32.
- Huchard, H. (1882). Caractère, mœurs, état mental des hystériques. *Archives de Neurologie* 1882 ; III : 187-211.
- Hume, D. (1779). *Dialogues sur la religion naturelle* (ed. 2005). Paris : Vrin.
- Husserl, E. (1929). *Logique formelle et logique transcendantale*. Paris : Puf.
- Husserl, E. (1931) Méditations cartésiennes, V ; Monade l'unicité subjectif.
- Janas, H.E. (1994). Aspect historiques et évolutifs de la notion d'anorexie mentale et de ses stratégies thérapeutiques : revue de la littérature et analyse.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie* (éd 2005). Paris : Harmattan.
- Janet, P. (1909). *Les Névroses* (éd 2008). Paris : Harmattan.
- Jankélévitch, V. (1957). *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*. Paris : Puf.
- Jeammet, P. (2000). L'énigme du masochisme, in: André J. (dir.): *L'énigme du masochisme*. Paris : Puf, pp. 31-68 .
- Jeammet, P. (2006). Chapitre 8. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : l'évolution des conceptions et ses incidences sur la métapsychologie. Dans : André Passelecq éd., *Anorexie et boulimie: Une clinique de l'extrême* (pp. 95-108). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Jeammet, P. (2007). Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement: Une des tâches essentielles de l'adolescence. Dans : Alain Braconnier éd., *L'adolescence aujourd'hui* (pp. 11-20). Toulouse: Érès.

Jeammet, P. (2009). Les troubles des conduites alimentaires : interrogations cliniques et méta-psychologiques. Dans : Catherine Chabert éd., *Psychopathologie des limites: Traité de psychopathologie de l'adulte* (pp. 145-192). Paris: Dunod.

Judes, S. D. (2018). Anorexie mentale : Quand un Père passe... et manque ! Paris : Librinova.

Juignet, P. (2015). Michel Foucault et le concept d'épistémè. Philosophie, science et société : philosciences.com.

Jung-Rozenfarb, M. (2003). " Le corps d'abord " de Christophe Dejours. *Revue française de psychanalyse*, 67, 703-707.

Julien, M., Rosselin, C. & Warnier, J. (2006). Le corps : matière à décrire. *Corps*, 1, 45-52.

Juranville, A. (2002). Violence de femmes: À propos de *Baise-moi*, de Virginie Despentes. Dans : Jacques André éd., *Fatalités du féminin* (pp. 13-41). Paris : Puf.

Jollien, A. (2002). Le métier d'homme. Paris : Seuil.

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12, 193-209.

Kaës, R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe. Paris : Dunod.

Kant, E. (1790). Analytique du beau, dans la Critique de la faculté de juger (éd. 2008). Paris : Essai (poche).

Kaplan, A-S. (2002). Traitements psychologiques de l'anorexie mentale : une revue des études publiées et de nouvelles orientations prometteuses. *Journal canadien de psychiatrie*. 2002 ; 47 : 235-242.

Kaye WH. Neurobiology and genetics: anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacology Bulletin* 1997;33:335-44.

Kernberg, O. (1980) : Internal world and external reality. New York : Jason Aronson.

Kernberg, O. (2004). Les troubles graves de la personnalité : stratégie psychothérapeutique. Paris : Puf.

Kernberg, O. (2016). La personnalité narcissique. Paris : Dunod.

Kernberg, O. (2016). Chapitre 3. Narcissisme normal et pathologique. Dans : O. Kernberg, *La personnalité narcissique* (pp. 109-144). Paris : Dunod.

Kestenberg, E., Kestenberg, J., Decobert, S. (1972). La faim et le corps. Paris : Puf.

- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. (2013 éd.). Paris : Puf.
- Klump, K.L, Bulik, C.M, Kaye W.H, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord* 2009;42(2):97-103.
- Kohut H. (2004). *Le soi : la psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris : Puf.
- Kohut H. (1978). Réflexions sur le narcissisme et la rage narcissique. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 42, n° 4, 1978.
- La Boétie, E. (1576). *Discours sur la servitude volontaire* (éd 2014). Paris : Broché.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris : Seuil.
- Lachal, J. (2019). La subjectivité et le contre-transfert culturel en recherche clinique. *Soins*. 64. 40-44. 10.1016/j.soin.2019.04.011.
- Lachal, J., Moro, M.R. (2020). Quelle place pour les méthodes qualitatives en recherche psychiatrique ? *Encéphale*, 2020;46:224–5.
- Lachowskya, M., Winaverb, D. (2007). Aménorrhées psychogènes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* Volume 35, Issue 1, January 2007.
- Lagache, D. (1977). La méthode pathologique. In *Œuvre 1, 1932-1946*. (p. 167/259). Paris : Puf.
- Lamas, C., Nicolas, L., Corcos, M. (2010). Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Volume 168, numéro 7 , septembre 2010 , pages 528-532.
- Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I., Guelfi, J.D. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris : Elsevier Masson.
- Lane, A., Luminet, O. & Mikolajczak, M. (2013). Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. *L'Année psychologique*, 113, 255-285.
- Lanouzière, J. (2009). « Mélancolie, sexe et féminité », dans C. Chabert (sous la direction de), *Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod.
- Lange, F. (1975). *ou les jeux et les creux du plat*. Paris : Seuil.
- Laplanche, J. (1976). Pour situer la sublimation. *Psychanalyse à l'Université*. Paris, t-I, n°3 p413-461.
- Laplanche, J. (1980). *Problématique I. L'angoisse*. Paris : Puf.
- Laplanche, J. (1980). *Problématique III. La sublimation*. Paris : Puf.

- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1985). *Fantasmes originaires, fantasmes des origines, origines du fantasme*. Paris : Hachette.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Puf.
- Laplanche, J. (1993). *Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud*. Paris : Puf.
- Laplanche, J. (1997). Buts du processus psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, n^o(sup> 61), 1181-1194.
- Laplanche, J. (1994). La psychanalyse comme antiherméneutique . In J. Laplanche. *Entre séduction et inspiration: l'homme* (éd 1999). Paris: Puf.
- Laplanche, J. (1998). Narrativité et herméneutique.. *Revue française de psychanalyse*, n^o(sup> 62), 889-894.
- Laplanche, J. (1998). La psychanalyse : mythes et théorie.. *Revue française de psychanalyse*, n^o(sup> 62).
- Laplanche, J. (1999). *La sexualité humaine. Biologisme et biologie*. Le plessis-Robinson : Institut Synthélabo .
- Laplanche, J. (2001). *Vie et mort en psychanalyse*. Paris : Flammarion.
- Laplanche, J. (2001). Sexualité et attachement dans la métapsychologie. Dans : Daniel Widlöcher éd., *Sexualité infantile et attachement* (pp. 57-82). Paris : Puf.
- Laplanche, J. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Enfances & Psy*, n^o(sup>17), 9-16.
- Laplanche, J. (2004). Problématique IV. L'inconscient et le ça. Paris : Puf.
- Laplanche, J. (2004). Pour la psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, n^o(sup> 1), 9-13.
- Laplanche, J. (2005). Intervention dans un débat entre Daniel Widlöcher et Jacques-Alain Miller issu de L'avenir de la psychanalyse. *Le Carnet PSY*, 96, 22-23.
- Laplanche, J. (2006). Problématique VI. L'après coup. Paris : Puf.
- Laplanche, J. (2006). Problématique VII. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud Paris : Puf.
- Laplanche, J. (2006). Réponses. *Le Carnet PSY*, 108, 32-33.
- Laplanche, J. (2008). L'objet entre pulsion et instinct. *Annuel de l'APF*, 2008, 13-25.
- Laplanche, J. (2008). *La révolution copernicienne inachevée*. Paris : Puf.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.

Lasègue, C-E. (1884). De l'anorexie hystérique. Extrait des « Archives générales de médecine », (Paris), VI^e série, tome 21, volume 1, 1873, pp. 386-403. Repris dans les « Etudes médicales », (Paris), tome I, 1884, pp. 546-566.

Lasègue, E. (2008). De l'anorexie hystérique. *La Cause freudienne*, 68, 82-93.

Lauger, E. et M. (1984). *Adolescence et rupture du développement*. Paris : Puf.

Laxenaire, M. (2019). En souvenir d'Anne Ancelin Schützenberger. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 73, 7-

Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. (2006). Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. *Psychothérapies*, 26, 21-25.

Le Coz, M. (2001). *Céleste*. Editions du rocher.

Le Guen, C. (2005). Des affects à l'angoisse dans l'œuvre freudienne. Dans : Jacques Bouhsira éd., *L'affect* (pp. 11-46). Paris : Puf.

Leguil, C. (2021). *Céder n'est pas consentir*. Paris : Puf.

Lehane, D. (2006). *Shutter Island*. Paris : Payot.

Le Heuzey, M.F. (2002). Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? In *Annales médico-psychologiques*, revue psychiatrique. Volume 160, p. 327-331.

Lehmann, M. (2009). De l'anorexie-boulimie à l'hallucination verbale, de l'objet oral à l'objet voix [1]. *Analyse Freudienne Presse*, 16, 105-113.

Leroy-Viémon, B. (2008). La méthode enactive en psychologie clinique. Le « savoir-faire » du corps-enmouvement». *Cahiers de psychologie clinique*, 1(30), 91/108. p. 91.

Lesourd, S. (2001). *Le féminin : un concept adolescent ?* Toulouse : Érès.

Letondal, J. (2005). Une source méconnue de l'« irréductible » cruauté humaine : le traumatisme de la naissance. *Le Coq-héron*, n^o(sup> 181), 11-27.

Lévi-Strauss, C. (2013). *Nous sommes tous des cannibales*. Paris : Seuil.

Levy, R. (2018). Les transformations à la puberté et leurs retentissements sur le système symbolique. *Revue française de psychanalyse*, 82, 1545-1551.

Lighieri, R. (2020). *Il est des hommes qui se perdront toujours*. Paris : P.O.L

Loroux, N. (1989). *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*. Paris : Gallimard.

Louët, E., Chabert, C. (2011). La mélancolie, un destin de la passivité. *Evolution psychiatrique* 2011; 76(1).

- Luauté, J., Lempérière, T. & Garrabé, J. (2010). Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale : Un parcours et un destin météoriques. *Devenir*, 22, 339-359.
- Lyon-Pagès, I., Carrard, I., Gebhard, S., Stiefel, F. (2007). Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ? *Rev Med Suisse* 2007 ; 3 : 398-400.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Londres et New York : Routledge.
- Maître J. (2000). Anorexies religieuses, anorexies mentale. Essai de psychanalyse sociohistorique. De Marie de l'incarnation à Simone Weil. Paris : Cerf.
- Maître, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, vol. 65(5), 1551-1560. doi:10.3917/rfp.655.1551.
- Marbeau-Cleinrens, B. (1999). Théorie psychanalytique sur la sexualité féminine depuis 30 ans. *Études psychanalytiques*, n° 1, p. 13-34.
- Marbeau-Cleirens, B. (2013). Chapitre III. Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique. Dans : Colette Chiland éd., *L'entretien clinique* (pp. 41-82). Paris : Puf.
- Marcé, L.V. (1860). Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. *Annales Médico-Psychologiques*. 15-28.
- Marcelli, D. (2015). De la séduction « ontologique » à la séduction dans l'éducation : comment infiltre-t-elle la relation parent-enfant ? *Enfances & Psy*, 68, 24-35.
- Marcuse, H. (1955). *Eros et civilisation*. Paris : les éditions de minuit.
- Marineau, R. (1989). *J.L. Moreno et la troisième révolution psychiatrique*. Paris : Métailié.
- Marinov, V. (1997). Le style anorexique : entre l'opaque et le transparent. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°11, 1997.
- Marinov, V. (2001). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris : Puf.
- Marinov, V. (2001). Le narcissisme dans les troubles de conduites alimentaires. Dans : Vladimir Marinov éd., *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 37-69). Paris: Puf.
- Marinov, V. (2011). L'étrange féminité anorexique de Giacometti. Dans : Patricia Attigui éd., *L'art et le soin: Cliniques actuelles - Peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature* (pp. 55-75). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Marinov, V. (2008). *L'anorexie, une étrange violence*. Paris : Puf.

- Marteaux, A. (2008). « Soi est un autre » : construction et déconstruction identitaires à l'adolescence: L'apport des thérapies narratives. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 183-198.
- Martens, F. (2012). D'où vient la réalité psychique ?. *Champ psy*, 61, 137-147.
- Martin, M. (2009). *Hédonisme et responsabilité : Une éthique pour le plaisir*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Marty, F. (2013). Agir à l'adolescence, une autre façon de penser les émotions : Affect, émotion et pathologie à l'adolescence. Dans : Sami-Ali éd., *Affect et pathologie* (pp. 7-20). Les Ulis: EDP Sciences.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- Marsaudon, E. (2011). *Anorexie mentale. Comprendre pour mieux accompagner*. Dangles.
- Mazoyer, A. & Roques, M. (2014). Le masochisme à l'œuvre dans l'écriture littéraire (Anaïs Nin) et dans la passion adolescente. *Psychothérapies*, 34, 33-39.
- Mackinnon, C. (1987). *Feminism Unmodified*. Cambridge : Harvard University Press.
- Meadows, D. Meadows, D. Randers, J. Behrens, W. (1972). *Les limites à la croissance (dans un monde fini)*. Paris : Rue de l'échiquier.
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499.
- Melman, C. (2009). *La nouvelle économie psychique. La façon de penser et de jouir aujourd'hui*. Toulouse : Erès.
- Meuret, I. (2006). *L'anorexie créatrice*. Paris : Klincksieck.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. (1992 éd.). Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard.
- Meyer, BC. & Weinroth, LA. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa; report of a case. *Psychosom Med*. 19(5):389-398.
- Meyer, J.E., Feldmann, H.(1965). *Anorexia nervosa: Symposium am 24./25 April 1965 in Göttingen*. Herausgeber: J.-E. Meyer und H. Feldmann. Stuttgart : Thieme; 1965.
- Michaud, Y. (2012). Sur l'industrialisation contemporaine de l'hédonisme. *Psychotropes*, 18, 17-22.

- Michea, J.C. (2010). *L'empire du moindre mal : Essai sur la civilisation libérale*. Paris : Flammarion.
- Micheli-Rechtman, V. (2003). L'anorexie, un symptôme contemporain ?. *La clinique lacanienne*, n° 6(1), 139-144. doi:10.3917/cla.006.0139.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris : Delarge.
- Mitchell S.A. (1993) : *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, Basic Books.
- Mitchell, J.E, Crow, S.(2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.
- Montal, J. (2020). Anorexie. *Parole de parents, parcours de soins*. Epreinte temps présent.
- Montaigne, M. (1580). *Les Essais* (éd. 2002). Paris : Folio.
- Moreno, J. L. (1954). *Les fondements de la sociométrie*. Paris : Puf.
- Moreno, J. L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. (1987 éd.). Paris : Puf.
- Moreno, J. L. (1972). *Théâtre de la spontanéité*. (1984 éd.). Paris : Desclée de Brouwer.
- Moreno, T. Z. (1969). *Psychodrame d'enfants*. (1973 éd.). Paris : Épi.
- Morhain, Y. & Proia, S. (2009). Féminin et féminité à l'épreuve de la banlieue. *Adolescence*, 274, 983-1005.
- Morin, V. (1965). Herbert Marcuse. Eros et Civilisation, Contribution à Freud. In: *Communications*, 6, Chansons et disques. pp. 143-144.
- Morin, E. (1997). *Amour, poésie, sagesse*. Paris : Seuil.
- Morvan, P. (2016). Le droit pénal face à l'anorexie mentale (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). *Droit Pénal*, LexisNexis.
- Mulvey, L. (1989). Plaisir visuel et cinéma narratif. Dans : *Plaisirs visuels et autres*. Langue, discours, société. Londres : Palgrave Macmillan.
- Nabokov, V. (1939). *L'enchanteur* (éd 1997). Paris : Payot.
- Nabokov, V. (1955). *Lolita* (éd 2001). Paris : Folio.
- Nacht S. (1965), *Le masochisme*. Paris : Payot.
- Nahoum-Grappe, V. (1998). Beauté et laideur : histoire et anthropologie de la forme humaine. *Chimères. Revue des schizoanalyses*. 5-6. p 1-27.
- Naudin, J. (1997). *Phénoménologie et psychiatrie. Les voix et la chose*. Toulouse : PUM.

Ngo Ton Sang, C. & Guillaume, S. (2010). Troubles des conduites alimentaires et risque suicidaire. Dans : Philippe Courtet éd., Suicides et tentatives de suicide (pp. 133-137). Cachan, France: Lavoisier.

Nicolas, I. (2017). Jeune fille souffrant d'anorexie mentale : quand le féminin et le maternel se confondent. *Le Carnet PSY*, 212, 31-36.

Nietzsche, F. (1872). Naissance de la tragédie (éd. 2015). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1878). Humain, trop humain (éd 2001). Paris : Hachette .

Nietzsche, F. (1882). Le gai savoir (éd 1989). Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. (1887) Généalogie de la morale (éd 2000). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1908). Ecce Homo (1997 éd). Paris : Mille et une nuits.

Nin, A. (1975). Ce que je voulais vous dire (éd 2021). Paris : Le livre de poche.

Nin, A., Miller, H. (2007). Correspondances passionnée. Bruxelles : Stock.

Noel, L. (2017). La thérapie familiale dans les troubles anorexiques. In Cahiers de la puéricultrice. Volume 5903, Issue 313, 01/2017, Pages 1-38, ISSN 0007-9820.

Nothomb, A. (1997). Attentat. Paris : Albin Michel.

Nothomb, A. (2004). Biographie de la faim. Paris : Albin Michel.

Obadia, C. (2013). Les beautés de Platon. *Le Philosophoire*, 39, 231-239.

O'Connor, Richard A., et Esterik, P. (2008) « De-Medicalizing Anorexia. A New Cultural Brokering », *Anthropology Today*, 24, 5 : 6-9.

Onnis, L. (2013). Anorexie et boulimie, le temps suspendu. Individu, famille et société. Bruxelles : De Boeck.

Orbach, S. (1986). Hunger Strike. The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age. Londres : Faber and Faber.

Otero, M. (2012). L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression. Montréal : Boréal.

Pagnol, M. (1957). La gloire de mon père. Paris : Grasset.

Pascal, B (1670). Les pensées (éd 2004). Paris : Folio.

Pasche, F. (1955). À partir de Freud (éd 1969). Paris : Payot.

Pelluchon, C. (2015). Approche de l'anorexie au carrefour de la phénoménologie et du féminisme. *IJFAB : Journal international des approches féministes de la bioéthique* 8 (2), 70-85.

Perdereau, F., Godart, N., Jeammet, P. (2002). Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. Comorbidité familiale dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Volume 50, Issue 3, mai 2002, p. 173-182.

Perroud, A. (2021). *Savoir traiter l'anorexie mentale. Des racines de la maladie à sa prise en charge globale*. RMS éditions.

Petot, D. (2018). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.

Pigott, C. (2002). Le mythe et l'inconscient: Étude psychanalytique et topique originaire. *Imaginaire & Inconscient*, n°^(sup> 7), 25-38.

Pirlot, G. (1997). *Les Passions du corps. La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes. Possessions et conflits d'altérité*. Paris : Puf.

Pirlot, G. Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris Armand Colin.

Pirlot, G. (2012). *Le complexe de la mère morte... Textes, conférences et dossiers. Visages des mères*. SPP.

Pirlot, G. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès, La Revue*, 68, 73-81.

Platon. (390 AV J-C). *Apologie à Socrate* (éd 2017). Paris : Seuil.

Poletti, G. (2016). *La jouissance féminine. Analyse Freudienne Presse*, 23, 125-135.

Pommereau, X. (2011). « La posture des parents a fondamentalement changé ». *Cahiers de l'action*, 31, 21-26.

Pontalis, J.-B. (1973). « L'insaisissable entre-deux », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 7, p. 13-23.

Pontalis, J.-B. (1974). Bornes ou confins ?, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, no 10, 1974, p. 5-16.

Pontalis, J.B. (1988). *Perdre de vue*. Paris : Gallimard.

Pradeau, J.F. (2005). *Introduction et notes, dans Hippias majeur*. Paris : Flammarion.

Pringuey, D. (2005). Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la « nostrité ». In *Evolution Psychiatrique*, vol. 70, n° 4. p.5.

Proia, S., Martineau, J.P. (2007). De la nécessité d'un désengagement théorique pour une juste appréciation du contre transfert, *Perspectives psychiatriques*, vol. 46, n° 1, p. 76-84.

Proia, S. & Chouvier, B. (2008). De Tirésias au refus du féminin. *Dialogue*, 2(2), 111-123.

Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud : Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*. Paris : Puf.

- Quinodoz, J-M. (2004). « Pour introduire le narcissisme », S. Freud (1914c). Dans : J. Quinodoz, Lire Freud: Découverte chronologique de l'œuvre de Freud (pp. 151-157). Paris : Puf.
- Quinodoz, J-M (2015). Sigmund Freud (éd 2021). Paris : Que sais-je ?
- Radon, L., Lam, C., Hirot, F., Guillaume, S., Godart, N. (2021). Anorexie mentale et troubles de l'humeur : prévalence et liens. *L'encephale online*.
- Racamier, P. (1995). L'inceste et l'incestuel. Paris : Dunod.
- Raffy, A. (2003). Le fantasme de séduction comme version féminine du fantasme de castration. *Cliniques méditerranéennes*, n°<sup> 68), 207-217
- Raimbault, G. Eliacheff, C. (1996). Les indomptables. Figures de l'anorexie. Odile Jacob.
- Rambaux, C. (1991). Le jugement de Tertulien sur les femmes. *Viva Latina*, 122, p.2-20
- Rank, O. (1928). Le traumatisme de la naissance (éd 2019). Paris : Payot.
- Rastam M, Gillberg C, Gillberg IC. Anorexia nervosa 6 years after onset, part II: comorbid psychiatric problems. *Comprehensiv Psychiatry* 1995;36:70-6.
- Recalcati, M. (2010). Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie. *Psychanalyse*, 18, 5-17.
- Revol, S. (2018). Une petite voix me disait de maigrir encore. Paris : XO éditions.
- Rey-Flaud, H. (2015). La crypte de la psyché. *Psychanalyse*, 32, 5-15.
- Richard, F. (2001). Le processus de subjectivation à l'adolescence. Paris : Dunod.
- Rideau Batista Novais, A., Héneau, A., Khattat, N., Virlovet, A-L., Frérot, A. (2018). La mise en place du lien mère-enfant, du support neurobiologique à la pratique, Volume 5903, Issue 318, 06/2018, Pages 1-40, ISSN 0007-9820.
- Rigaud, D. (2007). Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. In *Nutrition Clinique et Métabolisme*. Volume 21, Numéro 4 , Décembre 2007 , Pages 159-165.
- Rivals Fotaki, G. (2011). Les dissidences du corps de *Christophe Dejours*. *Revue française de psychosomatique*, 39, 173-179.
- Rodriguez-Tomé, H., Zlotowicz, M., Jacquet, A., Bariaud, F., (1972). Peurs et angoisse à l'adolescence. In: *Enfance*, tome 25, n°3-4, 1972. Peurs et angoisse dans l'enfance et à l'adolescence. pp. 239-307.
- Roques, M. (2015). L'expérience sublimatoire du choix d'objet homosexuel d'une adolescente anorexique. *Adolescence*, 331, 75-86.

- Roques, M. & Pommier, F. (2011). Les enjeux de l'agressivité dans la relation transféro-contre-transférentielle en milieu médical : l'exemple de l'hémodialyse. *Psychothérapies*, 31, 143-149.
- Roques, M. & Mazoyer, A. (2015). Réflexions sur les processus pervers à l'adolescence, à partir du film *Dans la maison*. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 92, 191-200.
- Rosenberg, B. (1991). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. Paris : Puf.
- Rosenberg, B. (1999). La passivité comme condition et « ouverture » à l'objectalité. *Revue française de psychanalyse*, n°^(sup) 63, 1651-1664.
- Rosset, C. (1973). *L'anti-nature*. Paris : Puf.
- Rosset, C. (1976). *Le réel et son double*. Paris : Gallimard.
- Rousseau, J-J. (1754). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. (2008 éd). Paris : Flammarion.
- Rousset, I., Kipman A., Adès, P., Gorwood, P. (2003). Personnalité, tempérament et anorexie mentale *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 180–188 2003 Elsevier.
- Roussillon, R. (1999). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. Dans : *International Society for Adolescent Psychiatry éd., Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (pp. 7-23). Paris: Éditions GREUPP.
- Roussillon, R. (2007). Pour une clinique de la théorie. *Psychothérapies*, 1(1), 3-9.
- Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.
- Roussillon, R. (2014). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. *Cliniques*, 8, 122-138.
- Roussillon, R. (2014). Traumatisme et symbolisation, in *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, sous la dir. de Tovmassian L-T. et Bentada H., col. *Explorations psychanalytiques*, 2014, p. 155-158.
- Russell, G. (1979). Boulimie nerveuse : une variante inquiétante de l'anorexie mentale. *Médecine psychologique*, 9(3), 429 – 448.
- Russel, G. (1995). *Anorexia nervosa through time*. London : Wiley.
- Sade, D. (1795). *La philosophie dans le boudoir* (éd 1975). Paris : Folio.
- Samuel-Lajeunesse, B., Foulon, C. (1994). *Les conduites alimentaires*. Paris : Masson.
- Sandor-Buthaud, M. (2009). Donner la parole à Écho. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 128, 93-100.

- Sartre, J.P. (1943). Huis Clos. Paris : Gallimard.
- Sartre, J.P. (1946). L'existentialisme est un humanisme (éd 1996). Paris : Folio.
- Sartre, J.P. (1973). Un théâtre de situation. Paris : Gallimard.
- Schaeffer, J. (1995). Le locataire. A propos de la location du vagin à l'anus. *Revue française de psychanalyse*, (59), 885-890.
- Schaeffer, J. (1997). Le refus du féminin. (éd 2013). Paris : Puf.
- Schaeffer, J. (1998). *Que veut la femme ? ou Le scandale du féminin*, in *Clés pour le féminin (femme, mère, amante et fille)*, *Débats de psychanalyse*. Paris : Puf.
- Schaeffer, J. (2000). Conférence d'introduction à la psychanalyse. 1999-2000 : de l'adulte. Féminin et refus du féminin. 11 Mai 2000. SPP.
- Schaeffer, J. (2001). Le « roc » de la différence des sexes. Dans : Serge Lesourd éd., *Le féminin : un concept adolescent* (pp. 25-48). Toulouse: Érès.
- Schaeffer, J. (2002). Une instable identité psychosexuelle. *In Construction et affirmation de l'identité chez les filles et les garçons, les femmes et les hommes de notre société*. O.S.P Avril 2002, p. 535, 543.
- Schaeffer, J. (2002). La dynamique du couple ou la co-création du masculin et du féminin. *Dialogue*, n°<sup>155), 3-15.
- Schaeffer, J. (2007). Peur et conquête du féminin à l'adolescence dans les deux sexes. *Adolescence*, 252, 261-277.
- Schaeffer, J. (2008). Cent ans après les *Trois essais*, que reste-t-il des trois scandales ?. *Revue française de psychanalyse*, 72, 761-776.
- Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia Nervosa : Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its its implications for research and practice. *The british journal of clinical psychology / the British Psychological Society* , 45(Pt3), 343-366.
- Schneider, M. (2007). Le procès des mères. *Mouvements*, n°<sup>49), 38-45.
- Schneider, M. (2012). La transmission disjointe. *Revue française de psychosomatique*, 42, 101-116.
- Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J. & Legleye, S. (2017). Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie. *Revue française de sociologie*, 58, 7-40.
- Sédat, J. (2001). Hypothèses sur le masochisme. *Figures de la psychanalyse*, n°<sup>5), 93-113.
- Seijo, N. (2015). Troubles alimentaires et dissociation. Newsletter 2015 (Vol. 4) : Numéro 1. 10 mars 2015.

Selvini M. (1987): Mara Selvini Palazzoli. Histoire d'une recherche. L'évolution de la thérapie familiale dans l'œuvre de Mara Selvini Palazzoli. ESF, Paris, trad. française. Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.

Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2002): Anorexiques et Boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale. Trad. franç. Médecine et Hygiène, Genève. Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare, (1998) Raffaello Cortina Editore, Milan.

Selvini, M., Selvini Palazzoli, M., Allegra, G., Babando, R., Basile, P., Bedarida, L. & Serra, T. (2003). Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 : Une étude quantitative sur les résultats de la psychothérapie familiale. *Thérapie Familiale*, 24, 381-402.

Shankland, R. (2020). Les troubles du comportement alimentaire. Prévention et accompagnement. Paris : Dunod.

Sifneos, P.E. (1972). The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic. In Topics of psychosomatic research. Bâle, Suisse : Karger.

Sifneos, P.E. (1995). Psychosomatique, alexithymie et neurosciences. Revue française de psychosomatique, vol. 1, 1995, p. 27-35.

Simon, Y., Nef, F. (2002). Comment sortir de l'anorexie. Paris : Odile Jacob.

Sirol, F. (2003). ... et la haine alors ? Spirale, 28(4), 155-164.

Siroli, L. (2006). Les troubles des conduites alimentaires : de la naissance à l'adolescence. Eyrolles.

Soljenitsyne, A. (1978). Le déclin du courage (éd 2020). Paris : Fayard.

Speranza, M. Corcos, M. Levi, G. Jeammet, P. (éd 1999). Obsessive-compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders: measuring the effects of depression. *Eat Weight Disord.*

Spinoza, B. (1670). Traité de politique. (éd 2015) Paris : Broché.

Spitz, R. (1967). De la naissance à la parole. Paris : Puf.

Stone M.H. (1998): Normal narcissism: An etiological and ethological perspective, in: Ronningstam E.F. (Ed.): Disorders of narcissism : diagnostic, clinical, and empirical implications (pp. 7-28). Washington : American Psychiatric Press.

Sulimovic, L., Lamas, C. & Corcos, M. (éd 2021). Anorexie et confinement : à la recherche du temps suspendu. *Enfances & Psy*, 90, 82-92.

Tassin, J.-P. 1998. « Les mécanismes neurobiologiques des dépendances », Communication, les dépendances. Semaines de la prévention Ap-Hp, 16-19 nov.

Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod.

Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, R., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc J., Gagnon-Girouard, M-P. (2017). Volume 42, Numéro 1, Printemps 2017, p. 379-390 *Santé mentale des populations*.

Tigrane Tovmassian, L. (2020). Entre l'intromission de l'effraction traumatique et l'effondrement de l'environnement, la tendresse de l'implantation pour restaurer le narcissisme et retrouver le fil du *sexual*. Dans : Hélène Tessier éd., *Narcissisme et « sexual » dans l'oeuvre de Jean Laplanche* (pp. 351-373). Paris : Puf.

Tinbergen, N. (1951). *L'Étude de l'instinct* (éd 1953) Paris : Payot.

Tomä, H. (1961). *Anorexia Nervosa*. Stuttgart : Huber-Klett.

Touyz, S.W., Beumont, P.J.V., Glaun, D., Phillips, T., Cowie, I. (1984). A comparaison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patient with anorexia nervosa. *Br J of Psychiatry* 1984;144:517-20.

Tric, L., Agman, G., Tran, D., Godart, N., Benmansour, E-L., Lamer, C. (2004). Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation, *Réanimation*, Volume 13, Issues 6-7, 2004, Pages 407-416, ISSN 1624-069.

Trombetti, A., Richert, L., Rizzoli, R. (2007), Anorexie mentale et ses conséquences osseuses : une prise en charge difficile, *Rev Med Suisse*, -7, no. 115, 1502-1505.

Valère, V. (1978). *Le pavillon des enfants fous*. Paris : Hachette.

Van Damme, P. (2010). Ludwig Binswanger un fondateur méconnu. *Gestalt*, 37(1), 175-188.

Van der Hart, O., Brown, P. et Van der Kolk, BA (1989). Le traitement du stress post-traumatique par Pierre Janet. *Journal du stress traumatique*, 2 (4), 379-395.

Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Paris : Albin Michel.

Vandereycken, W. (1984). Neuroleptiques dans le traitement à court terme de l'anorexie mentale, une étude contrôlée par placebo en double aveugle avec le sulpiride. *Journal britannique de psychiatrie*, 144 (3), 288-292. doi:10.1192/bjp.144.3.288.

Vandereycken, W. van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls : The history of self starvation*. New York : New York University Press.

Vanderlinden, J. (2005). *Vaincre l'anorexie mentale*. De Boeck.

Varela, F., Thompson, E., & Rosh, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil.

Vargioni, J. (2013). La mélancolie corporelle. *Psychologie clinique et projective*, 19, 135-149.

Vénisse, J.L, Grall-Bronnec, M.(2006). Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. In : Reynaud, M. ed. *Traité d'addictologie*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2006.

Verhofstadt-Denève, L. (2001). The "Magic Shop" Technique in Psychodrama: An Existential-Dialectical View. *The International Journal of Action Methods*, 53, 3-15.

Verhofstadt-Denève, L. (2007). Existential-dialectical Psychodrama: The Theory behind Practice. In: C. Baim, J.Burmeister & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama. Advances in Theory and Practice* (pp.111-126). New York: Brunner/Routledge.

Verhofstadt-Denève, L. (2016). Le modèle phénoménologique-dialectique de la personnalité. Un cadre de référence pour praticiens orientés action. *RELATION ET ACTION. Méthodes d'Action et Psychodrame Humanistes. Journal de l'Institut ODeF*, NR. 5 (2016/06). Online.

Vermorel, H., Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1537-1549.

Vialettes, B., Samuelian-Massat C., Valero, R., Beliard, S. (2006). The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters : « the girl, the family and the medical profession » : discussion in a French legislative context. *Diabetes & Metabolism*, 32 : 306-311.

Vibert, S. & Chabert, C. (2009). Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 52(2), 339-372. doi:10.3917/psy.522.0339.

Vibert, S. (2012). Fantômes œdipiens et inhibition défensive dans l'anorexie mentale à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 18, 83-125.

Vibert, S. (2015). *Les anorexies mentales*. Paris : Puf.

Vigarello, G. (2004). Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours: Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours. Le Seuil.

Vignau, J. (2016). Anorexie mentale, une addiction au manque. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition - Vol. XX - n° 8 - octobre 2016*.

Vincent, T. (2009). Pérennisation de la maladie, pérennisation des soins ou les risques thérapeutiques dans l'anorexie mentale. Dans : Thierry Vincent éd., *Soigner les anorexies graves: La jeune fille et la mort* (pp. 15-40). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.vince.2009.01.0015.

Viodé-Bénony C. & Golse, B. (2012). *Psychopathologie du bébé*. Paris : Armand Colin

Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 1994 : 103:137-47.

Voltaire. (1759). *Candide* (éd 2000). Paris : Livre de poche.

Votadoro, P. (2019). La haine sous contrat : soigner l'anorexie à l'hôpital. *Adolescence*, 2(2), 247-267.

Weiselberg, EC. Gonzalez, M. Fisher, M. (2011). Eating disorders in the twenty-first century. *Minerva Ginecol.* 2011;63(6):531-545.

Widlöcher, D. (1979). *Le psychodrame chez l'enfant.* (éd 1962). Paris : Puf.

Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques. Plaidoyer pour une approche clinique humaine.* Les presses de l'université de Montréal.

Windels, M. (2010). Les blogueuses pro-ana. Des idéologues de la maigreur sur internet. *Adolescence*, 282, 433-442.

Winnicott, D.W. (1969), « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma » (1949), *dans De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot.

Winnicott, D.W. (1969). « La capacité d'être seul » (1959), *dans De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeux et réalité. L'espace potentiel.* Paris : Gallimard.

Yahalom M, Spitz M, Sandler L, Heno N, Roguin N, Turgeman Y. (2013). The significance of bradycardia in anorexia nervosa. *Int J Angiol.* 2013;22(2):83-94.

Zaltzman, N. (1976). Du sexe opposé, in *Nouvelle revue de psychanalyse.* 14. Paris : Gallimard.

Ziga, I. (2009). *Devenir chienne* (éd 2020). Paris : Editions Cambourakis.

(2005). Argument. *Revue française de psychanalyse*, 69, 5-9.

Centre de collaboration nationale pour la santé mentale (2004). *Troubles de l'alimentation : interventions de base dans le traitement et la gestion de l'anorexie mentale, de la boulimie nerveuse et des troubles de l'alimentation connexes. Directives cliniques du NICE, n° 9.* Leicester : British Psychological Society.

DSM V. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Paris : Masson.

Haute Autorité de santé, HAS. *Anorexie mentale : prise en charge.* 2010.

National institute for Health Clinical Excellence, NICE. *Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders; 2004.*

INDEX DES PRINCIPAUX CONCEPTS

3 A : 265.

3D : 270.

Abus sexuel : 125, 154, 274.

Activité (*Passivité*) : 74-79, 85, 87, 105, 156, 160, 172, 177, 205, 218, 237, 240, 266, 281, 292.

Addiction : 32, 140-143, 268.

Adolescence : 5, 25, 32, 34, 45, 55, 77, 96, 101, 111-115, 120-125, 129, 137, 139, 143, 150, 164.

Alexithymie : 62, 158, 260, 280.

Aménorrhée : 48, 77, 213, 265, 269.

Angoisse : 31, 75, 81, 82, 111-116, 125, 129, 136, 141, 239, 270, 273-276, 292, 312.

Anorexie : 49-51, 265-267.

Anorexie mentale : 29, 46, 56, 60, 68, 125, 129, 159, 311.

Autre-moi : 213, 218, 219, 221.

Beauté : 42-44, 58, 60, 148, 243, 283.

Bisexualité psychique : 74, 81, 150, 312.

Boulimie : 25, 53, 95, 125, 141, 153, 159, 250, 273, 276-278, 280.

Boulicannibalique : 86, 177, 253, 270, 276, 277.

Cannibalisme : 134-136, 155, 276.

Clivage : 31, 64, 84, 89, 104-105, 107, 120, 123-125, 142, 148, 151, 154, 157-158, 164-165, 193, 221, 239, 241, 251, 288, 290-291, 293, 294, 298, 315.

Contrat de poids : 27, 33, 164, 166-175, 210, 231, 239, 245, 296, 309, 312, 315.

Contrat moral : 302-305.

Contre-transfert : 163, 186, 215, 221, 239, 291, 307, 313.

Corps : 32, 42, 44, 50, 52, 59, 63-66, 76, 77, 78, 85, 86, 98, 101, 109, 115, 116-120, 122, 123, 127, 135, 137, 140, 141, 144, 150, 151, 155, 157-159, 288.

Corps biologique : 12, 65, 66, 98, 116-119, 177, 266, 288, 297, 298, 302.

Corps érotique : 12, 14, 40, 50, 65, 66, 116-119, 171, 172, 177, 257, 270, 275, 278, 281, 286, 287, 288, 298, 309, 320, 360.

Corps propre : 65, 77, 119, 125, 139, 144, 158, 210, 270, 273, 315, 360.

Débordement (*angoisse*) : 14, 31, 114, 171, 177, 268, 271-275, 277, 287, 292, 295, 312, 315, 360.

Débordement (*fantasme*) : 14, 52, 276, 277-278, 286, 313.

Dégoût : 13, 23, 43, 52, 77, 103, 109, 126-127, 208, 209, 238, 243, 249, 250-251, 266, 271, 284, 289.

Déni : 13, 31, 32, 48, 49, 84, 124, 141, 148, 160, 189, 196, 204, 211, 219, 221, 223, 224, 226, 245, 250, 253, 268, 270, 271-273, 277, 281, 287, 291, 296, 297-300, 303, 308.

Dépression : 28, 53, 57, 74, 100, 129, 130, 131-133, 140, 141, 147, 160, 164, 171, 231, 238, 239, 269, 289, 304.

Dépressivité : 12, 129-132.

Destructivité : 11, 55, 66, 92, 93, 121, 125, 137, 149, 171, 172, 279, 282, 284, 287, 289, 304.

Dictateur : 46, 151, 152, 291, 295, 308.

Epoché : 183.

Être-là : 183-184, 306.

Faim : 51, 52, 53, 58, 61, 88, 89, 94, 118, 213, 263, 265, 277, 288, 291, 295.

Fantôme : 46, 63-64, 147, 151, 205, 207, 233, 256, 289.

Fécalisée (*relation*) : 14, 84, 156, 157, 206, 232, 248, 273, 282, 289, 291, 309.

Féminin : 68-74, 79-85, 132-134, 283-285.

Féminin mélancolique : 132-134, 261, 266, 288.

Féminin traumatique : 261, 273, 279, 281-284, 286, 288, 299, 315, 319.

Féminisme anachronique : 279, 281, 290.

Féminité : 23, 59, 68, 72, 75, 76, 78-82, 157, 267, 279, 280, 285.

Frénésie privative : 32, 175, 232, 240, 253, 267, 276, 278, 282, 286, 291.

Folie maternelle : 110.

Folie paternelle : 109, 110, 172, 241.

Guérison : 66, 67, 92, 139, 165, 176, 177, 196, 210, 232, 294, 296, 304, 307, 309, 319.

Hédonisme : 85, 303.

Herméneutique : 106, 176, 319.

Hospitalisation : 33, 164-168, 192, 197, 305, 309, 312, 316.

Hyperactivité : 47, 60, 131, 155, 214, 267-268, 277.

Inceste : 135-136, 150, 238.

Incestueux : 82, 109, 110, 132, 138, 150, 172, 211, 238, 253, 272.

Illumination (défense) : 148, 272, 281, 294.

Masochisme : 55, 88, 133, 134, 136, 137-139, 156, 171, 177, 237, 257, 261, 266, 268, 281, 290, 316, 320.

Masochisme moral : 30, 32, 46, 133-134, 138, 139, 187, 235.

Mannequin : 44-46, 59, 280, 283.

Mélancolie : 53, 68, 109, 129, 132, 133, 134, 136, 137, 259, 268, 300.

Mélancolie corporelle : 277.

Mère morte : 100-101, 142, 239, 240, 259-261, 272, 279, 288.

Meurtralité : 194.

Monstruosité sexuelle : 107, 287, 312.

Narcisse (Mythe) : 143, 148, 149, 150-151, 231, 293.

Narcissisme : 25, 32, 55, 74, 78, 94, 96, 101, 106, 129, 142, 143, 144-150, 157, 163, 172, 178, 208, 211, 253, 267, 272, 273, 288, 289, 290,

Narcissisme de vie : 100, 237, 294, 295.

Narcissisme de mort : 100, 106, 149, 150, 171, 237, 289, 293, 294, 295, 320.

Narcissisme négatif : 32, 55, 101, 144, 149, 150, 171, 176, 235, 293.

Ordre des choses : 32, 92, 219, 278, 279, 290, 302, 305, 308.

Ordre érotique : 33, 118, 172, 178, 253, 261, 270, 278, 295, 320.

Passivité : 30, 32, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 85, 99, 105, 111, 114, 133, 134, 138, 139, 155-157, 171, 172, 177, 178, 210, 214, 218, 232, 237, 238, 240, 247, 248, 266, 272, 273-274, 279, 283, 284, 292, 293-295, 308, 309, 319.

Passivation : 76, 101, 171, 177, 205, 210, 211, 232, 250, 261, 266, 272, 273-274, 277, 278-279, 283, 284, 291, 319.

Position phénoménale : 182, 183, 291, 299, 301, 303.

Pro-ana : 280, 289.

Psychodrame : 34, 187-200, 206, 208, 209, 210, 214, 216-228, 232-234, 237-240, 243, 246, 248, 250, 252, 256, 257, 259-261, 278, 294, 306, 315.

Psychodrame triadique : 183, 187, 189, 190, 192, 221, 261.

Psychosexualité : 31, 80-82, 177, 178, 210, 238, 252, 253, 270, 284.

Puberté : 32, 51, 63, 75, 76, 78, 81, 82, 92, 95, 111, 115, 119-122, 135, 143, 177, 196, 238, 261, 270.

Refus du féminin : 79-82, 281, 287, 313.

Refus de la féminité : 78, 79, 157.

Réification : 279, 280.

Sadisme : 88, 136, 139, 155, 266.

Séduction généralisé (Théorie) : 76, 98-104, 117, 172, 284.

Subversion libidinale : 98, 116-120, 122, 124, 171, 172, 177, 178, 208, 239, 257, 261, 270, 272, 278, 284, 286, 288, 319.

Sociométrie : 190, 196, 198, 214, 215.

Solution anorexique : 129, 177, 178, 212, 228, 229, 260, 261, 279, 281, 286, 292, 293, 319.

Transfert : 29, 34, 35, 91, 100, 187, 194, 196, 210, 214, 215, 216, 219-220, 223, 225, 227, 233-234, 239, 240, 245, 250, 251, 253, 255, 273, 278, 300, 301, 311.

Traumatisme : 40, 100, 113, 114, 120-127, 152-153, 163, 207, 213, 239, 248, 250, 268, 283, 284.

Tyran : 152, 155, 273, 291, 292.

Viol psychique : 127, 221, 248, 250, 252, 274.

Voracité (négative et sexuelle) : 86, 177, 209, 241, 253, 266, 270, 273, 276, 277, 278, 287, 301, 316, 320.

INDEX DES PRINCIPAUX AUTEURS

Abensour, L. : 53.

Abraham, K. : 53, 136, 155, 156.

Abraham, N. , Torok, M. : 132, 250.

Amar, N. : 191.

Ancelin-Schützenberger, A. : 189, 190, 191, 192, 226.

André, J. : 33, 34, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 79, 80, 95, 108, 109, 110, 111, 123, 157, 163, 171, 172, 241, 285, 286, 291.

Anzieu, D. : 65, 69, 70, 97, 148, 181, 190, 217.

Apter, N. : 188.

Askenazy, F. : 33, 161, 168.

Assoun, P. : 251.

Aulagnier, P. : 116.

Bange, F. : 46.

Barbier, D. : 125.

Baudrillard, J. : 44.

Belamich, G. : 120, 275.

Bell, R.M. : 40, 46, 58, 60.

Bentata, H. : 77.

Benyamin, M. : 123.

Bidaud, E. : 32, 64, 65, 96.

Bion, W.R. : 98, 185, 192.

Binswanger, L. : 52, 183, 183, 185, 291.

Bokanowski, T. : 123.

Boubli, M. : 153.

Bourdieu, P. : 43.

Bourdin, D. : 147.

Boss, M. : 52.

Bowden, H. A. : 65.

Braconnier, A. : 71, 72, 103, 104, 124, 131, 142, 144, 164, 172.

Bruch, H. : 52, 53, 66.

Brumberg, J.J. : 40.

Brunswick, A. : 66.

Brusset, B. : 33, 43, 44, 50, 52-55, 63, 64, 78, 97, 131, 132, 141, 164, 267.

Bynum, C.W. : 42, 58.

Caille, P. : 266.

Canguilhem, G. : 278.

Chabert, C. : 54, 74, 75, 76, 109-111, 132-139, 156, 171, 172.

Chagnon, J. : 88, 138, 139.

Chiland, C. : 186.

Chollet, M. : 58, 281.

Chouvier, B. : 71, 80, 185, 186.

Ciccione, A. : 181, 185.

Combe, C. : 165, 210, 240.

Condamin, C. : 154.

Corcos, M. : 26, 28, 30, 32, 33, 41, 43-48, 50, 52, 53, 61, 67, 77, 96, 101, 108, 120, 126, 131-134, 140-143, 146, 147, 150-152, 155, 157-159, 167, 171, 172, 231, 265-272, 277, 293, 308.

Corman, L. : 21.

Couchard, F. : 71, 72.

Darmon, M. : 57, 58.

Dayan, J. : 130.

Defontaine, J. : 106.

Dejours, C. : 50, 65, 66, 93, 98, 103, 106, 116-120, 124, 126, 171, 172, 261, 288, 298, 315, 321.

Deleuze, G. : 45.

Delion, P. : 26.

de Mijolla-Mellor, S. : 179.

Denis, P. : 76, 133, 300.

de Perseval, C. : 136.

Descamps, M. : 68, 69.

Despentes, V. : 23, 108, 281, 286.

Desveaux, J. : 26.

Durif-Bruckert, C. : 58, 137, 271, 290.

Dumet, N. : 34, 55, 75, 155, 156, 157, 171, 172.

Emmanueli, M. : 112, 181, 265.

Englebert, J. : 65.

Estellon, V. : 25, 27, 29, 140, 141, 163, 164, 214, 248, 268, 305.

Faes, H. : 278.

Falguière, J. : 191.

Faure, B. : 25.

Fédida, P. : 29, 108, 130, 135, 136, 163, 172.

Fejtö, K. : 110, 111.

Ferenczi, S. : 101-103, 107, 108, 123, 124, 126, 163, 172, 194, 232, 239, 313.

Fortes, I. : 74.

Foucault, M. : 27, 160.

Freud, A. : 102.

Freud, S. : 43, 55, 68-77, 80, 81, 85-95, 97-99, 102-118, 121, 122, 123, 129, 132-140, 143-145, 147, 156, 163, 171, 190, 192, 224, 268, 273, 278, 288, 294, 300, 301, 304, 311, 312.

Gal, C. : 188, 190, 192.

Gandouly, M. : 96.

Gazalé, O. : 285.

Geller, J. : 62.

Gero, G. : 53.

Giovannangeli, D. : 69.

Godart, N. : 46, 67, 130, 131, 164, 166.

Godfrind, J. : 91, 212.

Godin, L. : 58.

Goldstein, C. : 83.

Golse, B. : 83, 97, 98, 152, 153.

Gomes, P. : 58, 59, 171.

Gooldin, S. : 58, 59, 78, 79, 171, 281.

Gorwood, P. : 54, 61.

Green, A. : 32, 55, 69, 76, 98, 100, 101, 103, 137, 139, 142, 148, 149, 150, 156, 158, 172, 289.

Gross, M. : 155.

Guéguen, J.P. : 57, 77, 78.

Gutton, P. : 112, 120, 261.

Hart, J. : 154.

Hartmann, H. : 145.

Hatzfeld, M. : 109.

Heidegger, M. : 184.

Hendrick, S. : 162.

Henry, M. : 315.

Héritier, F. : 107.

Huchard, H. : 46, 47.

Hume, D. : 19.

Husserl, E. : 183, 184, 303.

Janet, P. : 44, 51, 52, 140, 153, 154, 171, 283.

Jeammet, P. : 34, 54, 55, 96, 111, 115, 130, 131, 141, 142, 159, 164-167, 171, 291.

Judes, S. D. : 60.

Kaës, R. : 214.

Kaplan, A-S. : 163.

Kernberg, O. : 123, 145, 146, 151.

Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. : 33, 39, 37, 51, 53, 147, 162.

Klein, M. : 130, 136.

Kohut, H. : 145.

Lachal, J. : 181, 182, 311.

Lamas, C. : 28, 46, 96, 269.

Laplanche, J. : 32, 70, 74, 75, 80, 87, 89, 91, 93, 94, 97-99, 102-110, 113-119, 121-124, 127, 135, 137, 143, 144, 147, 156, 172, 181, 224, 274, 275, 276, 284, 311.

Lasègue, C-E. : 30, 39, 41, 47, 48, 49, 52, 54, 160, 161, 162, 171, 221, 297.

Laxenaire, M. : 46, 189, 192.

Lesourd, S. : 32, 64, 81.

Loraux, N. : 72.

Maître, J. : 39, 40, 41, 46, 49, 51, 58, 60, 171.

Marcé, L.V. : 47, 60, 159.

Marcelli, D. : 33, 97.

Marcuse, H. : 89, 90.

Marineau, R. : 196.

Marinov, V. : 30, 33, 43, 44, 64, 77, 88, 89, 122, 126, 127, 147, 148, 152-154, 158, 172, 232, 239, 250, 252, 270, 272, 279, 283, 284, 294.

Marteaux, A. : 112.

Marty, F. : 229, 248.

Marty, P. : 118, 121, 132, 158, 171.

Marsaudon, E. : 50.

Mazoyer, A. : 137.

Mackinnon, C. : 280.

Meuret, I. : 286, 287.

Merleau-Ponty, M. : 21, 65.

Michea, J.C. : 45.

Micheli-Rechtman, V. : 42.

Moreno, J. L. : 187-192, 196, 244.

Moro, M.R. : 167, 172, 182.

Nabokov, V. : 3, 107, 108, 109.

Nacht, S. : 130, 138.

Nahoum-Grappe, V. : 42, 44.

Nicolas, I. : 28, 46, 66.

Nietzsche, F. : 17, 21, 37, 43, 44, 85, 86, 221, 278, 287, 294, 298, 313.

Nin, A. : 44, 279, 285.

Noel, L. : 167.

Nothomb, A. : 45, 263, 295, 296.

Onnis, L. : 53.

Orbach, S. : 59.

Otero, M. : 60.

Pasche, F. : 131, 319.

Pelluchon, C. : 65.

Perroud, A. : 28, 161, 176, 306.

Pirlot, G. : 101, 158, 159.

Poletti, G. : 73.

Pommereau, X. : 168, 172.

Pontalis, J.-B. : 44, 74, 75, 87, 89, 91, 92, 121, 122, 123, 135, 137, 143, 144, 156, 201, 211, 213, 224, 281.

Proia, S. : 71, 80, 134.

Quinodoz, J.-M. : 88, 143.

Racamier, P. : 130, 131.

Raffy, A. : 76.

Raimbault, G. : 34, 47, 68, 110, 159, 160.

Rank, O. : 69, 102, 113, 143, 313.

Recalcati, M. : 48.

Richard, F. : 69, 112.

Rigaud, D. : 67.

Roques, M. : 137, 266, 289.

Rosenberg, B. : 55, 137, 139, 157.

Rousseau, J.-J. : 82, 94, 95, 287.

Roussillon, R. : 80, 83, 112, 147, 209, 248, 301.

Russell, J.F.M. : 62, 154.

Sade, D. : 108, 109.

Sartre, J.P. : 292, 293.

Schaeffer, J. : 71, 79-84, 99, 108, 120-122, 137, 138, 156, 157, 171, 172, 249, 253, 313.

Schneider, M. : 104, 107, 108.

Selvini, M. : 52, 161, 162, 276.

Shankland, R. : 28, 46, 61.

Sifneos, P.E. : 62, 63, 158, 159.

Soljenitsyne, A. : 57.

Spinoza, B. : 17, 50, 85, 94, 105, 278.

Spitz, R. : 89, 97, 298.

Stone, M.H. : 144, 149.

Ternynck, C. : 79, 281.

Tinbergen, N. : 94, 201.

Van der Kolk, B. : 127, 153.

Vandereycken, W. : 56, 61.

Vargioni, J. : 277.

Verhofstadt-Denève, L. : 257.

Vermorel, H. & Vermorel, M. : 26, 55, 66, 140.

Vibert, S. : 54, 111, 129, 135, 139.

Votadoro, P. : 295.

Widlöcher, D. : 98.

Wilkins, J. : 29.

Winnicott, D.W. : 26, 50, 82, 98, 101, 112, 123, 144, 188.

Ziga, I. : 40, 41, 58-60, 78, 171, 281, 283.

Les pathologies de l'agir illustrent incontestablement le débordement si caractéristique de la « modernité » d'un monde qui, au bord de l'effondrement écologique et social, s'écroule à petit feu sous son propre poids. Mais tout ce débordement qui étouffe semble pourtant ne révéler qu'une sombre part de la « nature humaine ». En effet, malgré ce constat connu de tous, chacun continue de se gaver des objets que la vie nous invite à consommer. Dans nos sociétés où la satisfaction du besoin prévaut sur tout, il est facile voire naturel de se laisser tenter par les jouissances suscitées par l'excès. Cette liberté de sortir de soi pour jouir sans limite des bienfaits excessifs déprave pourtant notre sensible. Mais qu'importe, les pulsions semblent toujours pouvoir parler, même quand la vie se tait, même quand le monde se meurt... Cependant, et depuis fort longtemps, certaines jeunes filles s'opposent farouchement à cette tentation liberticide au profit d'une servitude ascétique. Entre angoisse et fantasme, entre déterminisme et volonté, leur refus si parlant sonne néanmoins comme un cri d'opposition à la séduction d'un l'objet potentiellement menaçant. A travers une terrible régression infantile mélancoliforme, elles chantent dans un récital tout aussi obscur que blafard un chagrin sans larme, historiquement énigmatique, célèbrement anorexique.

Ce travail de thèse questionne *le débordement* dans la clinique des troubles des conduites alimentaires. De l'angoisse au fantasme, je pose l'hypothèse qu'il s'inscrit au cœur de la problématique du fonctionnement de l'anorexie mentale de l'adolescence. En lutte contre les monstrueuses métamorphoses/pubertaires, la jeune fille anorexique semble réprimer sa *potentialité orgasmique* et ainsi, interrompre la subversion libidinale. Le corps érotique ne pouvant s'édifier, l'adolescente se sentirait protégée de toute forme de débordement, débordement qui pourrait la conduire à éprouver des affects d'effroi. *L'angoisse de débordement* pourrait alors se penser comme *le signal permettant de se défendre contre un processus non-maîtrisé*. *Le fantasme de débordement* pourrait quant à lui se penser comme la production du *désir boulicannibalique, voracité négative* tout aussi protectrice que destructrice. La répression de la poussée/pubertaire semblerait donc *agir* pour protéger *le corps propre* de toute forme de libidinalisation, afin de s'éviter tout risque de débordement, aussi bien biologique qu'érotique, l'un ne pouvant être séparé de l'autre.

Au-delà de penser le concept d'anorexie mentale au regard de la métapsychologie, cette recherche vise à mettre en lumière les difficultés thérapeutiques observées dans une unité de pédopsychiatrie. A travers différentes expériences psychodramatiques de groupe, nous avons constaté que certains conflits spécifiques au fonctionnement de l'anorexie mentale venaient se rejouer dans les relations entre les soignants et les patientes. En effet, la *solution anorexique* semble imposer une relation fécale d'emprise sur l'*objet soignant* afin de se protéger de la détresse causée par la *passivité-passivation*. Ce travail raconte ainsi la genèse d'un projet thérapeutique d'un service hospitalier visant à accompagner des adolescentes en danger sur le chemin de la liaison libidinale du corps et de l'âme, inhérente au processus de subjectivation. De plus, nous verrons que le psychodrame triadique s'avère être un outil audacieux qui permet, au-delà de soulager des maux, d'explorer dans le transfert des parties de la réalité initialement clivées, afin de trouver des alternatives nécessaires pour supporter certaines exigences de l'existence.

Mots clés : Anorexie mentale, Adolescence, Angoisse et fantasme de débordement, Théorie de la Séduction généralisée, Corps Érotique, Traumatisme, Clivage, Passivité/Passivation/Activité, Psychodrame triadique, Contrat de poids, Contrat moral.