

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Maurice Corcos

Le corps absent

Approche psychosomatique des
troubles des conduites alimentaires

2^e édition

DUNOD

En couverture :
« Loth et ses filles »
Lucas de Leyden (dit) Van Leyden Lucas (1489/1494-1533)
Paris, musée du Louvre
(C) RMN / Gérard Blot

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2010
2005 pour la première édition
ISBN 978-2-10-054860-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Avant-propos à la deuxième édition

LE CORPS FUNAMBULE

*« Comme si elle prêtait l'oreille à son propre corps
où un avenir étranger commence à bouger »*
R.M RILKE. *À propos de l'Ève de Rodin.*

*« Elle demande à boire le lait du volcan...
on lui apporte de l'eau minérale »*
A. BRETON. *Clair de terre.*

À REVENIR aujourd'hui, dans cette réédition, autant sur ce que je croyais comprendre à l'époque, que sur les questions encore aujourd'hui irrésolues, face à une affection si paradoxale ; j'ai le sentiment que là où des expériences de vie singulières emmurent, le sujet dans un silence opaque sur lui-même, la pensée vivante peut percer une issue.

De fait l'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires a été ces dernières années quelque peu marginalisée par l'offre *clés en mains* des thérapies cognitivo-comportementales brèves, systématisables, peu chères, gérant le manifeste et ne s'empêtrant pas dans le témoignage d'une histoire de vie toujours plus ou moins imaginaire.

À ceux qui ne peuvent ou ne veulent, face à leurs patients, ne relever que des signes objectifs plutôt que des symptômes, l'anorexique rappelle que le symptôme n'est pas produit uniquement par le sujet, mais dans son lien avec son entourage proche et médical, et témoigne plus de ce qui ne peut y être exprimé et doit être rejeté que de ce qui peut en être dit et à défaut montré. C'est pourquoi il est une « monstration » et non une démonstration, un implicite et une invocation et non une explication, un mélange de déni et de réalités, d'investissements et de contre-investissements. Aussi faut-il tenter de lire, chez chaque

patiente, les marques sur le corps de ses conflits psychiques conscients et inconscients. Et ce même si, enfermée dans un masochisme de survie, elle n'est apparemment pas en demande de nourritures thérapeutiques : *« parce que j'étais sans demande, toute en exigence, vous m'avez crue sans besoin »*. Ce besoin qui ne peut devenir désir et donc demande ; il faut le lire dans son regard qui dément tous ses artifices manipulateurs. Ne pas rester atone, sidéré, ou pire fasciné par un sujet bardé d'autant de certitudes qu'il se sent incertain ; ne pas sacraliser la maladie ; les symptômes de l'anorexie mentale viennent moins de sa force de caractère que de sa faiblesse psychique.

Chaque patiente anorexique a ses particularités, tant familiales, psychiques que biologiques, et ce, même si à la longue, la maladie abrase les différences individuelles. Il s'agit pour autant chez chacune d'entre elles d'un rapport au corps marqué par une angoisse littéralement *« inincorporable »* qui les conduit à se détruire en pensant trouver dans l'autoconsommation et parfois la punition une légitimité à leur existence.

Se faire *« mourir de faim »*, masque mal une grande avidité à vivre tous ses appétits. Derrière d'acharnement à se faire un corps vide et bientôt une vie vide... il y a la peur d'un appétit de vivre pleinement et d'une avidité d'ogre face à une impossibilité morale, de l'assouvir.

La résolution de ce paradoxe-dilemme passe comme obligatoirement par une violence exercée vers ce qui suscite cet appétit... le corps qu'il faut purger-vider de son excitation devenue faute d'amitié pour elle, hostilité.

Cette peur est secondaire au vécu de débordement pulsionnel qui d'abord passivise, puis transforme, jusqu'à faire courir le risque de perte de contrôle et d'identité-même.

Ce vécu du débordement lors des métamorphoses pubertaires, est une réminiscence du même vécu dans les interactions précoces. On en a une démonstration avec *« le poids-cible »*, poids idéal pour l'anorexique, qui est le poids à la pré-puberté où elles se sentaient bien, juste avant que ça ne commence à déborder (dans le fantasme) et qui est celui qu'elles veulent bien accepter dans le contrat et qu'elles reprennent à la sortie de l'hospitalisation, celui qui devient un objet magique-fétiche, et où elles peuvent se nicher. L'anorexique mentale croit que la pesante aventure de la croissance ne finira jamais... que si elle prend du poids elle sera obèse, que si elle part, elle ne sait où, elle ne reviendra plus... que toute métamorphose ne peut être que négatif en ce qu'elle la sépare du corps de l'enfant... dans un *« brisement de la grâce croisée de violences nouvelles »* (A. Rimbaud). Alors le corps à nouveau amoureux s'absente.

La relation à l'autre est neutralisée, *« maîtrisée »*, dans ce qu'elle pourrait avoir de dangereux au niveau émotionnel et affectif, pulsionnel

et sexuel, et au-delà narcissique, par la maigreur et l'hyperactivité qui instaurent une distance et une étanchéité plus ou moins radicale à la mesure même de son besoin et de son désir confondus. La trouvaille d'une maîtrise sur son propre corps et semble être le prérequis nécessaire pour rester en contact « dur » avec cet autre. L'anorexique nous oppose « *Une faim de non-recevoir* », disait magnifiquement Pierre Fedida.¹, non par mépris et arrogance, mais du fait de l'empêchement de son désir dans les rets de ses paradoxes : un appétit dévorant et une satiété impossible ; une retenue extrême du corps ; fausse pudeur qui a pris le sujet quand il s'est cru devenir monstrueux ; un renoncement qui ne renonce pas, un oui neutralisé par un non qui lui est intimement mêlé et qui tire sa force négativiste de la force de son avidité ; une fausse autonomie que celle de cette indépendance trop disciplinée, une allergie infantile au pollen de la vie sexuelle ...L'anorexique dédaigne, se désiste, préfère ne pas... mais elle attend. Son besoin et son désir mêlés et confondus sont dans cette attente même... si forte qu'on présume qu'elle veut obtenir tout... et que sinon cela sera rien.

Ce que la clinique quotidienne dévoile sans cesse, c'est l'appétit de vivre énorme de ces patientes qui vient contrecarrer des exigences terribles. Elles meurent littéralement de faim... d'une faim qui ne puisse rien accepter... qui défaillerait à être comblée. Aussi la question se pose : quel pacte infantile, enfantin, passé avec elle-même, l'anorexique maintient-elle contre les vents et les marées qui la submergent quand elle traverse ses deux moments où une jeune fille cesse de l'être : à la puberté et à la naissance d'un enfant ? Deux moments électifs de décompensation d'un trouble alimentaire.

Ce qui se manifeste dans l'obsession du poids et la dysmorphophobie est le dégoût de ne pas reconnaître ce corps qui, se sexualisant ou se maternisant, modifie la donne des relations. Le désir de maigrir, de revenir à un corps asexué, sans le « trop-plein de chair » qui entoure les cavernes, organise la vie de la patiente jusqu'à ce que l'amaigrissement devienne une fin en soi et un véritable mode de vie, puisqu'il lui semble être le seul où elle puisse exercer son contrôle, imposer ses propres règles, ne plus être violente de l'intérieur par la puberté, possédée de l'intérieur par un corps étranger. Aucune frustration n'est exprimée, si ce n'est celle de ne pas avoir le corps « qu'elle souhaite », un corps idéalisé, épuré, vidé, dégagé de toute trace de l'héritage maternel et à distance de la séduction paternelle, aussi honnis qu'adultes, et un corps qui ne serait pas fantastiquement apte à procréer. De fait, l'amaigrissement effaçant tout

1. Pierre Fedida. Corps du vide et espace de séance. Paris, Editions JP Delage, Collection Corps en culture, 1977.

caractère sexuel secondaire permet de retrouver illusoirement un corps d'enfant et de se protéger d'un désir de grossesse, ce qui est parfois un désir conscient et exprimé des patientes, en particulier dans leurs créations dans les ateliers de médiation culturelle. Et en même temps à voir ces petits « bout de femme », sans âge à la fleur de l'âge, observer leur petit ventre rond « météorisé », et réfléchir sur leur aménorrhée...on a envie de revisiter les vieux concepts de grossesse nerveuse ou morale.

Toute l'énergie pulsionnelle, agressive ou sexuelle, se trouve ainsi condensée et canalisée dans la conduite d'autodestruction effrénée, permettant, en circonscrivant les angoisses sur le corps, de « préserver », au début et en apparence au moins, les autres domaines :

- scolarité (brillante par son perfectionnisme laborieux et soulageant du complexe parental auquel est attaché le sentiment de culpabilité puisque répondant au désir de réussite parentale);
- suradaptation à la réalité sociale par hyperconformisme peureux (adhérence plus qu'adhésion) ;
- relation au père qui peut être plus « calme », car la déssexualisation du corps de la jeune fille écarte toute dimension de désir incestueux ;
- relation à la mère qui peut redevenir une relation fusionnelle puisqu'il n'y a plus de rivalité féminine et que la conduite permet à l'adolescente de se sentir illusoirement à l'abri de l'intrusion de l'autre (elle ne se nourrit plus de la nourriture maternelle).

Ce dictateur sommaire du « tout ou rien » qui l'habite, et l'oblige par crainte de la confusion de ne nourrir la faim de l'autre que de son propre jeune la condamne à un destin : ce corps funambule est sacrifié... mais au bénéfice de qui ?

Sacrifice de soi-même pour l'expiation d'un fantasme meurtrier ? Parfois mais pas seulement parce que ce sacrifice n'amène pas à la réconciliation avec les parents, bien au contraire ce corps sacrifié est devenu sacré...personne ne peut espérer le toucher. Sacré ne veut pas seulement dire saint, sanctuarisé, mais aussi maudit abominable.

Ce sacrifice masque mal un sacrifice pour l'autre, ici l'autre femme de la maison, la mère, devant laquelle il faudrait littéralement s'effacer. Et en même temps, et toujours paradoxalement, ce déni de son avidité à exister renforce chez la patiente anorexique, dans un drôle de cercle vertueux, le désir et l'angoisse mêlés d'un destin identique de la mère à la fille. De fait, l'isolement progressif entretenu par l'anorexique aboutit souvent à un agrippement à sa mère. Alors apparaît de façon manifeste une des significations de cette drôle de maladie passionnelle : retrouver une relation fusionnelle aconflictuelle avec la mère, tout plaisir profond étant considéré comme une manifestation de sa propre subjectivité et

donc une trahison de la mère et un risque de la perdre : « *Je suis toujours celle que tu respirez* ». Son refus actif et sa lutte acharnée pour faire taire ses besoins les plus primitifs et essentiels vis-à-vis de son objet maternel, ne deviendront que progressivement et secondairement une incapacité réelle à s'alimenter. Un constat : la relation mère-fille, dans l'anorexie, est singulièrement dépourvue d'un tiers paternel qui aurait permis un développement différencié parce que dialectique. L'enfant « future adolescente addictive », semble avoir « collé » à un modèle d'identification à une mère contre lequel il ne peut lutter efficacement sans risque d'une décompensation maternelle. Ainsi, dans un contexte œdipien, ce qui s'inscrit dans la lignée maternelle de la grand-mère à la fille, c'est l'impossible du féminin, le dégoût du corps jusqu'à sa destruction. Dans un contexte narcissique, ce qui s'inscrit dans la lignée des femmes, c'est l'incertitude d'un corps vécu sans qualité. Au bout des ces deux courants : le secret sur la filiation qui aspire le sujet dans un questionnement sur l'origine. C'est à l'ombre de ce secret que se développent toutes les constructions du sujet, remises en cause dès qu'un événement lève le voile sur le secret. C'est le non-dit qui fait le flou de l'objet maternel pour l'enfant, c'est cette inclusion non-vivante, qui génère le dysfonctionnement mère-enfant dès les premières relations. L'enfant est ainsi très tôt prisonnier d'une prison dont il devient le co-géolier, prison mentale qui impliquerait plus profondément des fantasmes de même corps. Prison corporelle où toute générosité de chair serait bannie.

C'est donc cette conduite de destruction-reconstruction (se défaire et se refaire) aussi logique que silencieuse qui caractérise l'anorexie mentale :

- maîtrise de ce qui est ingéré ;
- stimulation des fonctions d'élimination ;
- maîtrise des émotions, des relations interpersonnelles, des études, du corps.

Le besoin de se mettre à distance du mode de vie familial et de chasser ce qui l'angoisse dans la métamorphose de son corps prime sur les souffrances liées aux privations.

L'hyperactivité physique permet d'évacuer les tensions et surtout de rester, en tension face à cette métamorphose négative passivante, si les muscles sont appelés au secours, c'est peut-être pour brûler les graisses, mais aussi pour maintenir le squelette en tension... l'anorexique est une danseuse qui privilégie la technique au détriment du sentiment. Tant de violence et tant de rigueur pour que le corps ne la trahisse pas...

à ce titre l'hyperactivité, symptôme souvent négligé et si difficile à contrôler est le contrepoids au fantasme de débordement. Il faut parfois le tolérer... voire le prescrire tant il est difficile parfois pour la patiente sollicitée par la musicalité du corps de l'autre d'arrêter de se balancer, contrebalancer, pour tenter de trouver en elle-même un rythme où elle puisse advenir sans se perdre : entre un corps funambule et un corps automatisé. L'hyperactivité lui fournit aussi une forme de satisfaction autoérotique diffuse du corps en son entier, certes douloureuse mais qui lui permet de se sentir exister, à travers un retournement contre soi de l'agressivité. La moindre minute d'inactivité est ainsi vécue sur un mode aussi culpabilisant qu'un aliment interdit avalé ou qu'une note scolaire qui baisse d'un demi-point... sur l'échelle de l'ambition parentale vécue par la patiente comme l'échelle de l'affection que lui portent ses parents. Surtout, l'hyperactivité physique permet de compenser à un niveau très archaïque, à travers les perceptions internes du corps et les sensations musculaires, l'absence totale de sensualité partagée. Enfin, cette effervescence qui tourne à l'agitation stérile est aussi une manière, en éprouvant ses propres limites et en remuant, d'échapper à la fois aux autres et aux angoisses plus ou moins mentalisées qui lui laissent de moins en moins de répit. Et plus profondément dans cette hyperactivité l'anorexique s'approprie les espaces pour annuler le temps.

Le clivage (coupure radicale) entre le corps et la pensée s'est donc installé. Sorte d'épreuve du feu chaque jour renouvelée, où il faut risquer sa peau pour trouver son identité, l'anorexie cache une détresse qui pousse la patiente à vivre comme si elle était au-dessus (ou au-dessous) des lois physiques. Mais le prix à payer est élevé, puisqu'il aboutit parfois à la mort, et toujours au désinvestissement du monde et à une dégradation de l'état de santé qui laissera de graves séquelles. Il lui faudra pourtant toutes ses forces physiques et psychiques pour cheminer vers son idéal, affectif ou spirituel, intellectuel ou esthétique, et ne pas s'en tenir à la bêtise cruelle du symptôme qui finit par être une insulte à son intelligence. Sans quoi l'anorexie se chronicisera, s'entremêlant bien souvent à des crises de boulimie, à la prise de drogues ou d'alcool (l'organisation addictive où la réalité perceptive dans la recherche de sensations et d'hypermotricité est utilisée défensivement comme contre-investissement d'une réalité interne défaillante ou menaçante) versera dans l'automutilation et surtout la figera dans une dépendance à ses proches dont elle voulait se différencier. La pratique active, volontaire, et incessamment renouvelée de la conduite comportementale lui permet de retrouver caricaturalement un lien qui n'est pas sans rapport avec celui qu'elle entretenait avec ses images parentales, c'est-à-dire un lien de dépendance. Ce triste leurre ne tiendra pas... le manque est ailleurs.

C'est que le symptôme, à la longue, finit par oublier son sens premier – construire un peu d'estime de soi, se rapprocher de son idéal et gagner ainsi un droit à vivre qui n'a rien d'évident ni d'acquis pour elle –, et en se cachant le fond et la fin des raisons sous-jacentes finit par atteindre la simplicité rassurante des faits : la peur s'évanouit dans le dégoût... le dégoût installe un destin. L'anorexique se fait « monstre », en négatif, et agresse et angoisse ses géniteurs dont son corps est issu et les médecins qui voudraient s'arroger des droits sur lui. Elle ne se supporte qu'en maigrissant, comme condamnée à vivre en flirtant avec l'extrême des limites, comme si seul l'épuisement lui permettait à la fois de se sentir exister et de légitimer son existence en se différenciant de la « masse » (masse des autres et pesanteur de soi) dans laquelle elle se sent étouffer. Avec ses troubles, l'environnement se trouve donc confronté de façon caricaturale à ce qui est inhérent à l'être humain et s'exprime particulièrement à l'adolescence : le paradoxe. Le paradoxe de l'adolescente qui, à force de vouloir s'affranchir du besoin, en devient l'esclave ; le paradoxe d'une conduite morbide utilisée pour exprimer une envie de vivre démesurée, de vivre autrement... et non de mourir. Parce qu'il n'y a pas de création sans renoncement, cette affection n'est définitivement pas féconde. Dans le renoncement aux idéaux imposés pour les remplacer par des désirs personnalisés, il vaut toujours mieux une mauvaise surprise que pas de surprise du tout... une déception que la solitude.

Dans ces pathologies passionnelles, il nous semble qu'il faut travailler à dénouer la relation d'emprise réciproque alimentée par les interactions négatives autour du symptôme, pour que la sensibilité des adolescentes avec leurs parents ne soit pas étranglée par l'angoisse panique de la séparation, que chacun ne soit plus pris en otage, ne soit plus soumis à la menace de dévoration, et puisse, à la faveur de la distance minimale restaurée, et même un peu dans l'angoisse, revenir à soi, redevenir soi. Ce travail, bien sûr, ne peut se faire sans les parents, dans une alliance bien comprise qui ne se laisse pas abuser par les fantasmes aussi stupides les uns que les autres de parents coupables ou d'enfants dont le développement corporel et psychique ne dépendrait pas de l'environnement familial. C'est la ténacité de l'alliance entre parents et thérapeutes qui peut seule faire contrepoids à la maîtrise externe et à la contrainte interne de l'anorexique.

Ensemble, il faudra pouvoir créer les conditions, en tenant tête sans jamais relâcher, qu'une voie s'ouvre à aller vers des nourritures inconnues, que nous savons qu'elles désirent ardemment, et valider qu'elles ne puissent plus avoir faim des nourritures anciennes. Non que celles-ci

ne seraient plus bonnes, mais parce que le fantasme que l'on ne serait que ce que l'on mange risque de tourner en madeleine apocalyptique si il ressuscite un ancien repas totémique.

Éviter ensemble que son refus du monde « en général » au profit de son monde particulier, n'aboutisse à une affection qui symboliserait dans, une pathétique apothéose négative, un destin tragique dans un futur qui ne pourrait jamais être qu'une figure du passé... toute une vie où l'on est resté étranger à soi-même par peur de l'autre.

Comprendre ensemble que c'est une affection chronique - vie entière, jusqu'à en devenir un mode de vie existentiel marqué par l'illusion d'un triomphe sur le corps : création d'une nouvelle esthétique, sacrifice du corps ancien et création d'un néo-corps ; annulation des métamorphoses pubertaires et maîtrise des transformations souhaitées (chirurgie esthétique, bodybuilding chez les hommes) ; réorganisation d'une homéostasie métabolique et genèse de sensation (beta-endorphines endogènes et toxiques exogènes) avec sexualité infantile oro-anale solitaire et jouissance endogène, reproduction sans sexualité (procréation médicalement assistée). L'anorexique s'égare quand elle croit avoir trouvé une nouvelle identité avec son symptôme, quand elle croit y lire comme la marque d'une transcendance. Cette maigreur est pour l'essentiel la trace d'un très loin héritage transgénérationnel, et le témoignage de la permanence d'un fantasme pulsionnel. L'anorexie n'en déplaît aux pro-ana n'est pas un troisième genre. Elle est un genre informe et incertain sous l'emprise d'une voix dictatoriale qui lui enjoint de toujours faire attention à la certitude d'une forme qui pourrait la rendre folle si elle la croisait dans le regard de l'autre. L'anorexique voudrait bannir tous les miroirs humains. Le contrôle de soi n'est qu'un réflexe de soi, non un regard sur soi, ou mieux de soi à soi, qui jamais ne peut faire l'impasse du regard de l'autre. Le risque quand on part dans le mauvais sens (le besoin de fusion aidant) est de perdre contact avec ses racines et d'aboutir au non-sens.

Penser à A. Rimbaud :

« Et tout dernièrement, m'étant trouvé sur le point de faire le dernier couac ! J'ai songé à rechercher la clef du festin ancien où je reprendrais peut-être appétit ».

« Il y a au Louvre une peinture de primitif.... Les Filles de Loth. »
Antonin ARTAUD

TABLE DES MATIÈRES

<i>AVANT-PROPOS À LA DEUXIÈME ÉDITION. LE CORPS FUNAMBULE</i>	III
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	XIII
<i>AVERTISSEMENT</i>	XV
<i>AVANT-PROPOS À LA PREMIÈRE ÉDITION</i>	XIX
1. Miroir social et identité virtuelle	1
Libéralisme relationnel et émotion sociale	1
De la famille	10
De l'école, de la justice, du médecin et des tiers en général	20
Un persécuteur-persécuté	22
Des effets de discours	25
De la petite fille modèle à la désobéissance	28
2. Structurations psychiques et facettes cliniques	31
Variabilité des registres psychopathologiques	34
Assises narcissiques – autoérotismes = souvenir et imaginaire	45
Dépersonnalisation-incarnation : les masques du vide	50
3. La « solution dépressive »	63
Place et fonction de la dépression	63
<i>Approche théorique : le concept de dépressivité, 63 • Description clinique, 69</i>	
La question de la mélancolie	91
4. Interrelations précoces et « solution addictive »	103
Une pensée du corps – un corps pensif	112
Carence	115
<i>Holding, 118 • Complément narcissique, 122 •</i>	
<i>Intrusion-excitation, 123 • Carence et risque</i>	
<i>psychosomatique, 125 • Carence : du corps au verbe, 126 •</i>	
<i>Conclusion, 128</i>	

Vrai-faux miroir et défaut de contenant	130
<i>Co-naissance – Co-création, 140 • Réparation, 159</i>	
5. Pathologie du lien et tiercéité	163
De la place du père	164
La troisième femme	169
Aspects transgénérationnels : le sombre précurseur maternel	173
Objet transitionnel – objet fétiche	181
<i>Espace potentiel – Jeu du prisonnier, 181 • Lieux communs – espace propre, 187</i>	
6. La question du « choix du symptôme »	193
Les lieux de la mémoire : le corps	195
Le temps de la mémoire ou la halte du souvenir	208
7. Vrai-faux toxique sexuel et jouissance endogène	215
Fantasmes pervers et problématique d'homosexualité primaire	219
Le concept de jouissance endogène	225
8. Perspectives ��volutives	233
De l' identité de compensation à l' identité d'emprunt	234
Compulsivit�� – compulsion de répétition	239
De la passion au formalisme : le concept d'alexithymie	246
<i>Le concept d'alexithymie, 246</i>	
9. Enjeux thérapeutiques	291
Hypothèses théoriques	291
Implications thérapeutiques	302
<i>Séparation – Séparation, 302 • Croyance et engagement, 306</i>	
<i>CONCLUSION</i>	319
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	331
<i>BIBLIOGRAPHIE LITTÉRAIRE</i>	351
<i>INDEX</i>	355
<i>REMERCIEMENTS</i>	358

AVERTISSEMENT

B IEN que les troubles du comportement alimentaire que sont l'anorexie mentale et la boulimie soient connus et décrits depuis l'Antiquité, ils continuent à susciter un intérêt qui n'a cessé d'augmenter pendant ces dernières décennies. Cet engouement, qui reflète probablement l'accroissement de fréquence de ces affections, est sans doute également lié au caractère provocant et paradoxal de conduites se situant au carrefour de la psychologie individuelle, des interactions familiales, du corps dans son aspect le plus biologique et de la société (dite de « consommation ») en général. Ces pathologies mentales s'avèrent comporter des conséquences somatiques graves, qui à leur tour retentissent sur l'état psychique et contribuent à entretenir le trouble. En cela, anorexie et boulimie offrent un modèle des enjeux de l'adolescence, s'intégrant parmi les conduites d'addiction ou de dépendance qui se développent préférentiellement à cet âge.

L'approche analytique, référence centrale mais non univoque de ce livre, considère le symptôme alimentaire, anorexique et boulimique, comme une modalité d'expression d'une souffrance psychique, survenant chez une jeune fille dont il est possible de décrire une certaine organisation psychologique prémorbide. L'apparition de cette pathologie à l'adolescence témoigne du rôle fondamental, dans son déclenchement, des transformations pubertaires, tant physiques que psychiques : maturation des caractères sexuels secondaires, avec réactivation des pulsions sexuelles et possible accession à une sexualité agie ; réactualisation du conflit autonomie/dépendance vis-à-vis des parents, s'inscrivant dans la continuité du processus de séparation/individuation qui s'est déroulé lors des premières années de vie. Plus qu'une organisation psychopathologique avérée (névrotique, psychotique ou perverse), il convient plutôt d'évoquer une absence d'organisation stable du moi, et les difficultés de celui-ci à mettre en place des modalités défensives efficaces.

Nous avons, à partir de la clinique, interrogé certains concepts psychanalytiques en nous appuyant essentiellement sur ce qui à nos yeux apparaît central dans ces conduites : l'édification du soi psychique et somatique en fonction de l'environnement et son impact dans la

genèse d'une opposition entre mouvements narcissiques et objectaux ; le dualisme pulsionnel et les « destins pulsionnels » soumis à un défaut de contenant.

Pour autant, ce livre ne contient pas d'observations cliniques détaillées. Ceci se justifie selon nous par la nécessaire et indispensable confidentialité que nous devons à nos patients. Il reproduit cependant certaines phrases signifiantes exprimées par des patientes à des moments clés d'élaboration de leur problématique.

Ces « moments cliniques » seront transmis au lecteur, à la manière condensée qu'ils ont eue à se présenter à nous. Nous nous sommes toujours exercé à articuler la métapsychologie à la clinique, en essayant d'éviter l'écueil d'un « usage physiologique » (Fedida, 1999b) de la métapsychologie.

Nous pensons que le récit du discours de ces patientes et la manière dont nous le rapportons restent insuffisants à témoigner du vécu. En particulier plus que le contenu, il nous semble qu'il faut s'attacher à en transmettre la force et la violence, la massivité et la cruidité qui témoignent vraiment du sens (à l'image des violets et des oranges crus et sales sur les murs vides des pièces en regard d'un personnage qui se désorganise dans les tableaux de Francis Bacon). Ainsi ces phrases rapportées pourront apparaître « chargées », alors qu'elles sont le témoignage d'une réalité carentielle touchante. Cet hyperréalisme est dans certains cas le marqueur-témoin de la non-figuration du réel chez un enfant à qui a été refusé un visage-miroir, qui puisse le fonder, et dans d'autres cas la trace de ce qu'il advient du réel après un mouvement massif de désidéalisations.

Outre les auteurs psychanalytiques, nous avons fait appel à des artistes et à des théoriciens de l'art (littérature, peinture, cinéma). Si l'on en croit Nietzsche (*Le Gai Savoir*), « l'amour maternel est comparable à l'amour de l'artiste pour son œuvre et les artistes sont des mères masculines ». La création artistique suppose cette suffisamment bonne intégration de la féminité chez l'homme. Aussi devrait-on pouvoir bénéficier de leurs « contemplations créatives » dans cette étude.

Notamment la peinture, transcription des aventures psychiques du nerf optique, art de l'espace mais aussi du temps, car elle nous semble pouvoir témoigner de projections où le sujet et l'objet sont confondus, en deçà d'une représentation fantasmatique (Bacon, Magritte, Michaux). La couleur dans la peinture, tant redoutée par Van Gogh dans ses premiers tableaux car elle pouvait l'exposer à la folie, nous semble pouvoir être expressive d'un sentiment comme dans le rêve ou dans les tests projectifs type Rorschach. La couleur comme la lumière dans les

tableaux de Rembrandt transcendent le sens par leur puissance émotive. La peinture oblige à la vision avant la réduction par le langage et en ce sens peut-être « rend-elle visible, l'invisible... L'œil du spectateur suivant les chemins qui lui ont été ménagés dans l'œuvre » (Klee, 1971). Surtout si la peinture imprègne les représentations, elle les inspire aussi dans leur dimension plastique, nous donnant peut-être à voir le corps des sentiments. Nous avons éprouvé le besoin dans ces développements théoriques psychanalytiques sur le corps (son image, son éprouvé) de recourir à des percepts artistiques. Analogiquement pour certains patients en psychothérapie, il s'agit d'amener ce qu'ils sentent confusément ou vertigineusement, à devenir ce qu'ils peuvent voir (figurer ; représenter ; symboliser).

Quant à la littérature, à l'image des nombreux textes de Freud sur le discours et la création littéraire, son voisinage avec le discours psychanalytique permet des rencontres qui soulignent la force de l'inconscient. Et cela peut être plus intensément chez des écrivains « empêtrés dans leurs corps » et dont l'écriture dépasse nécessairement le romanesque descriptif pour donner à penser, à voir et à éprouver quelque chose de l'absolu de la peinture (Balzac et sa peinture de mœurs « comme le corps à l'âme, la création au créateur », Michaux, Perec). Ce sont ces écrivains qui désenclavent le sens prisonnier des mots, en travaillant sur le son de ceux-ci, libérant l'émotion dans la voix, voire la musique du texte.

La littérature, la poésie, les récits intimes appelés ici, nous semblent propres à évoquer des émotions indicibles, plus que des sentiments (ressenti des émotions, fonction représentative), des émotions négatives en creux, l'infra-langage de l'absence : la perception de ce qui n'a pas eu lieu (hors le lieu) d'un sujet en devenir entre centre et absence. Émotions hors langage, à la limite de la représentation et de l'élaboration. Hors langage, à la limite de la représentation ? Dans un texte fait de mots ? Oui, le registre corporel est très présent chez certains écrivains (auteur d'œuvre et non de roman) : Joyce, Beckett, Michaux, Perec. Ces écrivains ont révolutionné la littérature de la fin du XX^e siècle, soumis qu'ils étaient aux nouveaux dogmes de leur temps. Le corps de l'œuvre y est perceptible dans l'esthétique (travail scriptural) et le style. Le corps est aussi omniprésent dans ce que leurs textes font éprouver d'absence au lecteur.

Nous avons tenté d'éviter d'uniquement « brandir » phalliquement pour nous épauler des citations. Nous nous sommes certes autorisé à nous en faire l'écho, mais aussi à les discuter et surtout nous avons eu l'ambition de les faire dialoguer entre elles pour marier précision et expression, penser et éprouver, sans trop craindre le grand saut...

épistémologique que pourrait représenter une philosophie ou pire un romantisme plaqués sur la clinique. Qu'est-ce qu'une citation si ce n'est un choix affectif dans le corps de l'œuvre d'un artiste ou d'un auteur¹ que l'on admire, d'éclats de pensée que l'on tente d'assimiler, de faire siens, au risque de les incorporer comme des prêt-à-penser ou de se soucier de ses pensées soucieuses, mais aussi au bonheur de les saisir comme des invites, des gestes plutôt que des références aliénantes, et d'oser alors les penser et les poursuivre, les recréer après les avoir reconnus, jusqu'à ne plus savoir à qui elles appartiennent. Ainsi baignés de leurs vibrations, nourris de leur force, nous mettons nos pas sur les traces de parents que nous avons choisis, parce qu'ils parvenaient à nous nourrir.

Nous voyons une continuité entre cette nourriture qui parce qu'elle est affective, contribue non seulement à donner du sens mais aussi à organiser une logique de pensée, et la psychothérapie psychanalytique que nous proposons à nos patients qui permet dans les meilleurs cas de reconstituer « la dépressivité (autoérotique) du psychique afin de contribuer à préserver le sujet d'une dépression dont l'expression limite est la maladie somatique » (Fedida, 2000).

Un dernier point enfin, il peut apparaître paradoxal, voire problématique, que les propositions théoriques sur le féminin et le lien maternel dans des pathologies essentiellement féminines, s'appuient le plus souvent sur des expressions artistiques émanant d'hommes. Ces propositions ne seraient-elles pas à verser dans l'épais dossier de la mythologie masculine à propos de la féminité et de la maternité ? En dehors du fait que la création artistique, dans les domaines présentés, est rarement le fait de femmes², pour de nombreuses, intéressantes, et diverses raisons, il n'est pas interdit de penser que l'investissement du continent noir, selon ce regard (qui très certainement manque de corps comme en témoigne son besoin à en créer à travers l'œuvre artistique) ne puisse souligner (position du tiers différenciateur) tout à la fois l'emprise et le manque, que fait courir la confrontation anatomique d'une destinée et de son témoin.

1. Sentiments amicaux à Ph. Jeammet et J. Gillibert.

2. Une des évolutions les plus marquantes dans l'art contemporain est l'émergence d'artistes femmes (vidéo et arts plastique, sculptures) et la place que prend le corps dans leur œuvre.

AVANT-PROPOS À LA PREMIÈRE ÉDITION

« Le principal obstacle au diagnostic dans les affections douloureuses réside dans le fait que le symptôme est fréquemment ressenti assez loin de sa source. »

J. CYRIAX, *Manuel de médecine orthopédique*.

« Voilà dix ans que je dissèque, et je n'ai pas seulement découvert une oreille de ce petit animal-là. »

BROUSSAIS, cité par d'Aubigné dans *Les Diaboliques*.

« Dans un système herméneutique, il n'y a pas d'ailleurs ; pas d'extériorité. C'est la force du système, sa raison d'être... L'ailleurs en littérature c'est le digressif et le digressif, c'est proprement l'impensable. »

M. CHARLES, in *Poétique*.

AVANT que d'éclairer le recours à une conduite addictive alimentaire par des données psychopathologiques, précisons une dimension essentielle présidant à l'élaboration de cette étude : le regroupement des différents symptômes cliniques issus de l'observation des troubles des conduites alimentaires (TCA) dans une *approche transnosographique* privilégiant la place et la fonction du symptôme dans l'économie psychique du patient.

C'est à ce titre que nous évoquerons certaines hypothèses qui nous semblent pouvoir concerner l'ensemble des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie, tentatives de suicide) en nous appuyant sur des données cliniques relevées essentiellement sur les TCA. C'est dire que si le « choix » du type de conduite et les effets de l'objet d'addiction sont radicalement différents, la genèse et la pérennisation de la conduite comportent des points communs (failles narcissiques, structuration limite,