

# L'ANOREXIE DE L'ADOLESCENTE

Geneviève VIALET-BINE<sup>1</sup>

Tenter de retracer de façon exhaustive, en quelques pages, les concepts qui ont été appelés pour rendre compte de cette pathologie féminine, essentiellement transtructurale, est une gageure que je ne saurais tenir tant les travaux sont pléthoriques.

**L'anorexie en effet fascine, interpelle** : outre les autobiographies d'anorexiques se prenant elles-mêmes comme objet d'études, les travaux théoriques qui en ont tenté la métapsychologie abondent, surabondent et en faire la synthèse équivaldrait à décliner une grande partie du vocabulaire analytique et de la nosographie.

L'anorexie a été en effet tour à tour rangée sous la bannière de l'hystérie, de la névrose obsessionnelle, de la perversion, de la mélancolie, de la phobie, enfin des maladies addictives. Quelle que soit la richesse et la pertinence de ces travaux, ces éclairages restent, chacun à leur façon, fragmentaires, parcellaires et donc réducteurs.

Enigmatique, paradoxale, l'anorexie ne se laisse jamais enfermer, rebelle elle subvertit toutes les catégories. Et c'est là une première donnée clinique à retenir.

C'est la raison pour laquelle il m'a semblé plus fécond, pour sa compréhension, de l'aborder dans le cadre unificateur de la psychopathologie de l'adolescence.

C'est dans ce cadre que je vous proposerai de commenter les trois points suivants :

1. **Le risque permanent d'effondrement et la potentialité mélancolique illustré par ces mots d'une jeune patiente : « Je ne suis rien, ni personne ».**
2. **Tentative d'échapper à cette logique : l'anorexie comme réponse symptomatique d'agirs compulsifs répétitifs et stéréotypés : corps phallicisé, hyperactivité et déni du symptôme.**
3. **« Mourir de faim pour vivre ». Exister comme sujet de désir au risque de disparaître, posant à sa façon, de manière radicale, la question du désir. Mettre sa vie en jeu au risque de la perdre pour faire advenir un « Rien » de désir .**

Je vous proposerai de tenter d'en comprendre les enjeux et les figures fantasmatisques qui animent l'autre scène, celle du fantasme.

Mais, avant d'aborder ces 3 points, je voudrais revenir en quelques mots à ce temps de l'adolescence, crise majeure, voire décisive de ce qu'il en est du devenir Femme, crise dans le réel du corps certes, mais aussi crise subjective d'une telle intensité qu'elle vient bouleverser les équilibres et acquis antérieurs en attente de validation et opérer des remaniements subjectifs à l'issue toujours incertaine.

L'adolescente est en effet le siège, dans son corps, de mutations violentes, travaillée par le réel pubertaire en elle, c'est dans la violence de la poussée pulsionnelle qu'elle est arrachée au vert paradis des amours enfantines.

Les défenses dont elle avait pu se servir pour éloigner le sexuel infantile pendant toute cette période qu'on appelle de « latence » s'avèrent alors insuffisantes, inopérantes.

Mise en demeure par ce réel qui la travaille au corps, quelle va être sa façon d'endosser ou de refuser ce nouveau corps encombrant, dérangeant, qu'elle ne peut faire sien, qui lui échappe sans cesse, mais qu'elle ne peut oublier, assaillie qu'elle est de l'extérieur par des regards intrusifs, regards de désir qui la piègent, prise en flagrant délit d'habiter un corps de Femme à son insu ?

Crise subjective d'une intensité extrême, comment en effet faire face à cette double injonction qui lui est adressée :

- Cesser d'être un enfant et
- S'identifier à un avenir qui ne peut prendre forme faute de savoir qui elle est.

**Crise d'identité en effet sur fond de deuils à opérer** : deuil de l'enfant en soi, de cet enfant magnifique qu'elle fût pour ses parents, cette partie intime d'elle-même qu'elle doit abandonner pour grandir.

Deuil des objets oedipiens que l'irruption du sexuel rendent désormais éminemment dangereux, deuil des étayages passés, des partitions anciennes.

Crise de confiance qui touche d'abord les parents : eux, qui hier encore, paraient à tous les dangers et, qui ne

<sup>1</sup> Psychanalyste, ancien Maître de conférence à l' Université

sont aujourd'hui d'aucuns secours dans les turbulences de cet immense désarroi.

Eux qui n'ont pas tenu parole : brûlure vive de la promesse oedipienne non tenue : « quand tu seras grande... » or elle est maintenant grande, plus grande que maman et même plus grande que papa et jamais elle ne s'est sentie aussi petite, si démunie.

Déception qui l'oblige au retrait, à la pudeur, au retranchement, à la méfiance, méfiance à l'égard du monde des adultes dont elle se détourne faute de le comprendre et d'être comprise de lui.

Crise de confiance généralisée face à l'inconsistance de l'Autre (Figures tutélaires référentes). Inconsistance de l'Autre qui ouvre sur un vide, vide angoissant gros de risque d'effondrement.

C'est donc dans ce désert symbolique, moment d'incomparable solitude subjective, passage de tous les dangers, que vont surgir : efflorescences psychosomatiques, pathologies et conduites à risques que nous ne connaissons que trop et dont l'anorexie me semble être le paradigme.

### **I - C'EST DONC CONFRONTEE A UN ACTIF DANGER PSYCHIQUE, HOMOGENE AU CHOIX SYMBOLIQUE DE SON IDENTITE SEXUEE QUE L'ADOLESCENTE VA REGRESSER A L'ESPACE MATERNEL.**

Si la différence sexuelle protège le garçon de l'intensification du lien à la mère, en ce moment de crise fondatrice, la mêmeté du corps et du sexe y précipite la fille. Et si les mécanismes de défense antérieurs s'avèrent insuffisants à endiguer l'angoisse, **une régression libidinale vertigineuse, se mettra en place, régression qui va projeter la jeune fille vers les fixations orales, dans le monde oral du premier lien à la mère.**

Monde oral, monde qu'on pourrait presque qualifier d'anobjectal, monde de la complétude, de la totalité unifiante, du grand Tout Unifiant, ou faute de coupure nette du sujet à l'objet, la logique qui s'y déploie serait : « *ce que j'aime, je le dévore et ce que j'aime me dévore* ». Monde de l'indifférenciation qui renvoie à une mère archaïque : toute puissante, imprévisible, sans limite.

Et l'anorexique qui, sous la menace d'un intense danger psychique, est venue se réfugier dans ce pays du plus lointain passé, retrouvailles mortifères avec la nourriture-mère, **se trouve donc dans cette situation paradoxale : son impossibilité à faire le deuil, à renoncer à l'objet primordial mais tout à la fois et en même temps, son impossibilité à fusionner avec cet objet par trop dangereux.**

Paradoxe qui anime sa lutte contre la faim et la recherche même de cette sensation de faim qui l'assure que l'objet est toujours là, inentamé – mère fantasmagorique et nourriture confondus. L'objet externe du besoin, la nourriture objet réel, tenant lieu pour l'anorexique de l'objet interne la mère, mère omniprésente qui n'a pu être introjectée.

Refusant donc les charmes terrifiants et mortifères de l'oralité auxquels elle reste fixée : fermant tous les orifices et les issues, l'**Anorexique**

**oppose à la fusion avec l'objet, le même négativisme obstiné que celui que déploie l'enfant pour assurer son espace psychique, au temps de la séparation – différenciation que nous connaissons tous.**

Séparation – Différenciation à l'œuvre dans les manigances de table auxquelles elle se livre : chipotages, triages, suçotages sans fin, je pense aux mastications obstinées, aux aliments portés à la bouche et recrachés : à l'une d'elles qui disait « *j'achète tous les jours une barre de chocolat et je joue avec : je mets un petit morceau dans la bouche et je le recrache aussitôt, il ne faut surtout pas qu'il fonde. Je recommence plusieurs fois, je crève d'envie de tout avaler, je n'en mange jamais rien* ».

Ce **Tout** et ce **Rien** illustrant ici la dialectique qui est là à l'œuvre.

**L'anorexique est cette femme qui joue et rejoue de manière compulsive, violente et dramatique, cet arrachement à la « nourriture-mère » afin d'advenir comme sujet séparé, c'est-à-dire comme sujet désirant.**

Jeu du fort-Da également ou jeu de la présence. Absence, où par la disparition répétée de la « nourriture-mère » un deuil puisse se faire qui ouvre enfin aux échanges symboliques.

Deuil de l'objet primordial nécessaire en effet pour pouvoir s'inscrire dans l'altérité et permettre le changement d'objet requis de la jeune fille pour entrer dans l'échange sexuel, mais dans le cas des anorexiques, ce jeu du Fort-Da avorte (nous verrons par la suite pourquoi), il sera donc toujours à recommencer jusqu'à ce que.....

Tentative par conséquent de sortir de la logique mélancolique dans laquelle, pour paraphaser Freud « *l'ombre de l'objet tomberait sur le moi* » tant en effet la nourriture-mère et son vigilant contrôle occupe la vie psychique de nos anorexiques.

Elle ne pensent qu'à ça, occupées, ou plus exactement absorbées à plein temps dans les pesées alimentaires et les calculs de calories, leurs préoccupations culinaires nous sont bien connues : faire manger les autres, préparer des bons petits plats, toutes activités qui portent les traces d'activation d'images alimentaires suscitées par la privation forcée et son caractère obsédant. Toute leur position, tout au moins dans la première phase du déploiement du symptôme est en effet une conduite de lutte active et douloureuse contre la faim. Tentative donc de sortir de la logique mélancolique.

### **II. L'ANOREXIE COMME REPONSE SYMPTOMATIQUE D'AGIRS COMPULSIFS, REPETITIFS ET STEREOTYPES : CORPS PHALLICISE, HYPERACTIVITE ET DENI DU SYMPTOME.**

« *Ils ne m'auront pas* » crie Valérie Valère (in « Le Pavillon des fous ») qui peut s'entendre, plus précisément : elle ne m'aura pas (elle, la mère fantasmagorique).

L'hyperactivité physique et intellectuelle va fonctionner comme révolte, rébellion contre la passivité régressive éminemment dangereuse qui menace. Impossible d'arrêter cette activité frénétique sans courir le risque de l'inertie annihilante. Lutter, agir, refuser, être toujours en mouvement pour assurer le sentiment de l'existence de soi et ce, jusqu'aux limites les plus extrêmes des possibilités **d'un corps forcé, malmené – pour lequel l'inertie motrice est aussi redoutée que la satiété.**

Ainsi telle patiente qui traverse Paris à pieds trois ou quatre fois par semaine, pour aller faire ses courses dans une banlieue diamétralement opposée à celle qu'elle habite et où elle trouverait tout aussi bien ce qui lui est nécessaire. Telle autre ou la même qui s'impose 10 à 15 heures de yoga par semaine et suivra au travers le monde, sans en manquer un seul, week-end ou séjour d'entraînement intensif avec l'exigence perfectionniste d'une professionnelle du yoga qu'elle n'est pas. Jamais d'ascenseurs : tous les escaliers sont dévalés et montés à pieds. Toujours prête à courir le marathon.

*« C'est plus fort que moi, je ne peux pas m'arrêter, c'est comme une drogue »* dira cette patiente.

Cette activité motrice se double souvent du même excès dans le domaine scolaire ou intellectuel : en effet, à l'école, tout va bien généralement : elle apprend n'importe quoi, pour apprendre, travaillant tard le soir, tôt le matin, pendant le week-end, la nuit même si nécessaire ; elle est l'intellectuelle de la famille : intellectualité revendiquée avec sa connotation très forte de puissance et de recherche compulsive de perfection.

Il faut noter que cette hyperactivité, tant physique qu'intellectuelle, semble dépourvue de plaisir et d'enrichissement émotionnel. Elle ressemble plus à des travaux forcés qu'à une fête du corps et de l'esprit.

**En effet, cette hyperactivité est toute entière mise au service du symptôme : mâter le corps, mâter la bête, mettre à distance les représentations gênantes, voire insupportables, représentations générées par la poussée pulsionnelle en elle, et le refus obstiné de l'accueillir, empêcher, coûte que coûte l'identification sexuelle ; faire disparaître coûte que coûte les signes sexuels secondaires (sein-fesses) pour retrouver le corps lisse androgyne de l'enfance.**

**D'où le grand fantasme de maîtrise sur le corps et la quête anorexique compulsive de la maigreur** – maigreur qui fascine et ne suffit jamais – puisque, au delà de l'objet nourriture, il s'agit en réalité d'une altération de la relation du sujet à son corps, à l'image inconsciente de son corps : les changements de l'adolescence ne peuvent pas être assurés par la « petite fille modèle », la « plus que parfaite ». Ils se traduisent par une perception horrifiée d'une déformation monstrueuse envahissante. Les mots de Sheila Macleod sont au plus près de ce que je souhaiterai transmettre, je cite : *« j'avais l'impression de me répandre dans tous les sens. J'avais l'air d'avoir acquis, par des*

*accroissements de chair excessifs, une forme qui n'avait aucun rapport avec la personne qu'elle me paraissait abriter ».*

**Cette dysmorphobie d'un corps qu'aucun bord ne cernerait ou ne normerait est une donnée majeure de la clinique de l'anorexie.**

C'est au plus près de cette représentation là que doit être entendue cette peur, cette phobie d'être grosse, grosse de la poussée pulsionnelle qui la déborde et à laquelle, refus, privation, travaux forcés compulsifs, toutes postures phalliques, viendraient faire barrage ou limite. Barrage à la demande sans fin d'une mère affamée à nourrir à perpétuité que le frère, que l'anorexique aurait voulu être, frère réel ou frère virtuel (\*),<sup>2</sup> aurait pu enfin combler et faire taire. Maigreur jamais suffisante, puisqu'il s'agit de réduire le corps afin de réduire la poussée pulsionnelle qui, elle, est de poussée constante. C'est le corps tout entier phallicisé, en sa maigreur érigée qui est érogène. Erogénité aussi de la privation, - où l'excitation serait liée directement à la sensation de faim.

Quoi qu'il en soit de ce corps, lieu du combat de la lutte identitaire sexué, l'anorexique tente, par l'effacement des formes et de la chair, de s'évacuer du commerce sexuel. Et nous en arrivons à cette autre donnée majeure de la clinique de l'anorexie de l'adolescente : **son désintérêt, voir son dégoût de la sexualité génitale : la chair est inavalable pour elle** : toute pénétration de la bouche ou du vagin est refusée, vécue comme intrusion dangereuse ou comme un « repas dégoûtant » comme me l'exprimait une jeune patiente à propos d'une relation sexuelle la veille.

Et d'ailleurs, la survenue de l'aménorrhée – qu'elle précède ou qu'elle survienne pendant le déploiement du symptôme – est accueillie avec un soulagement certain. Enfin retrouvé le corps pur, lisse, asexué d'autrefois ; enfin éloigné l'horizon inquiétant de la sexualité génitale, de la grossesse et de la maternité qu'elle refuse avec la plus grande énergie.

Triomphe narcissique, déni du symptôme et de ses conséquences : *« je n'ai jamais été aussi bien, aussi en forme »* (sous-entendu que « sans forme »). Cramponnée au symptôme, jamais « défaite » le fantasme de maîtrise qui instrumentait, malmenait le corps, s'étend également à l'entourage familial et médical compris. Le *« Ils ne m'auront pas »* de Valérie Valère, s'actualise à nouveau.

Message paradoxal donc de l'anorexique, entre mélancolie et mégalomanie : exhibition d'un corps famélique dont la consommation est un appel à l'aide que le discours triomphaliste annule, et sentiment d'immortalité dans le déni du dépérissement de son corps.

Et ceci m'amène au 3<sup>ème</sup> et dernier point que je vous ai proposé de commenter.

(\*) Ce concept de frère virtuel est un concept que je dois à Juan-David Nasio.

### III – METTRE SA VIE EN JEU, C'EST-A-DIRE ACCEPTER DE LA PERDRE POUR FAIRE ADVENIR UN «RIEN» DE DESIR

Exister comme sujet de désir au risque de disparaître : seule façon pour elle de poser la question du désir. Le déni du symptôme va de pair, bien évidemment, avec le déni de l'inconscient, déni des mécanismes inconscients qui animent la conduite anorexique. Ce qui en rend la prise en charge analytique tellement difficile : d'ailleurs elles viennent rarement en analyse sans intervention d'un tiers et si elles viennent de leur propre initiative, l'anorexie ne sera révélée qu'après de nombreuses séances, elle ne sera jamais d'emblée l'objet manifeste de leur demande.

Prise, toute entière, dans un fantasme de maîtrise, là, où l'anorexique a cru maîtriser réellement, pendant un temps assez long, « la machine s'est emballée », et là où elle croyait maîtriser, elle s'est retrouvée jouée, jouie.

Jouie dans une économie de la jouissance. Jouissance dont la logique serait : ça doit jouir, le sujet dusse-t-il en mourir ; logique où nous reconnaissons l'au-delà du principe de plaisir freudien, au-delà mortifère où la pulsion de mort fait irruption ; pulsion de mort au travail dans ce corps en consommation, et dans l'aménorrhée, signature du refus de transmettre la vie.

Répétition et c'est là où l'analyste est convoqué, jeu du Fort-Da de la Présence, Absence, afin de faire advenir enfin, une répétition signifiante avec une ouverture possible au symbolique qui seul pourrait l'arracher de la demande maternelle et la faire advenir comme sujet désirant, symbolique qui seul pourrait faire advenir le désir inconscient, captif du scénario paradoxal que nous avons décrit : toute-puissance, immortalité, pureté et jouissance.

Je n'ai pas voulu, ici, aborder la question si souvent traitée de la Famille de l'Anorexique. Il me semble qu'il y a toujours trahison à schématiser, là où l'Anorexique mène ce combat héroïque, épuisant, de la séparation-différenciation. Cependant, au delà des deuils non accomplis dans la chaîne générationnelle, au-delà du refoulé dans l'histoire familiale dont elle serait le support et le représentant, au-delà de la façon dont chacune s'inscrit dans une histoire singulière, il y a une donnée qui me semble constante et, qui à ce titre, doit être mentionnée.

L'histoire des anorexiques évoque toujours leur modélisation ; leur conformisation totale, dans l'enfance, aux vœux de l'Autre, à la demande l'Autre maternel – « petite fille modèle », « plus que parfaite » - « j'étais devenue ce que mes parents avaient voulu » écrit Sheila Macleod ; évoquant par là la place du fils aîné qu'elle a tenu. Conformité surmoïque comblante faisant équivaloir et se recouvrir : besoin demande, désir. Et c'est là que la trilogie lacanienne : besoin, demande désir,

particulièrement opérante a permis un pas décisif dans la compréhension de l'anorexie.

Il s'agit d'entendre, écrit Lacan, dans son séminaire sur « la relation d'objet (leçon du 22/05/1957) d'entendre l'anorexie mentale par « non pas que l'anorexique ne mange pas, mais qu'elle mange « rien ». « Rien » énigmatique « Rien » de l'objet a, ce « Rien » qui évoque bien entendu l'au-delà de l'objet... désir de désir... Un au-delà de l'objet qui se déploie dans les tours de la demande articulé dans la parole.

Or les besoins de la future anorexique ont toujours été comblés, saturés par un Autre omniprésent, avant même qu'elle ait pu les formuler – barrant ainsi la voie de l'au-delà de l'objet, obturant ainsi le chemin du désir. Face à cet Autre omniprésent et tout comblant, réduisant à néant les aléas de la Demande. C'est à elle l'anorexique qu'incombe, d'inscrire le manque coûte que coûte, afin qu'émerge ce « rien » du désir.

Il devient alors vital de manger « rien » afin de signifier une faim d'autre chose, une autre faim, une faim de symbolique, une faim de désir, et l'émergence du désir s'articulant dans le manque, la demande ne doit surtout pas être saturée.

De la loi physiologique qui ne prend en compte que les besoins, l'anorexique ne veut rien entendre. Elle méprise la vie tissée de besoins. C'est à une autre loi qu'elle entend se référer : loi de la parole, loi du symbolique. **S'affranchir du corps, du pacte de chair et des pesanteurs, afin d'appeler un autre ordre du monde tel est son désir inconscient.** Un monde où l'esprit triompherait du corps et de la matière. Risquer son corps, sa vie pour « Etre » sujet de désir : « Etre » sujet de désir dans une passion intransigeante et inconditionnelle, telle est sa façon d'être au monde.

La vie certes, mais pas à n'importe quel prix. C'est une Ordalie tragique auquel elle se soumet en nous prenant à témoins. Incapable, sans allié, (que l'analyste peut-être), d'opérer la séparation d'avec la mère fantasmatique et par voie de conséquence, incapable d'assumer son identification sexuée ; incapable d'assumer la différence sexuelle et donc la castration symbolique ; c'est son corps qu'elle engage en entier, en holocauste, dans une épopée héroïque et sacrificielle : castration réelle en lieu et place de castration symbolique.

Par son sacrifice et son ascèse, elle ne cesse de nous poser la question de la vie et de la mort, la question de ce qui fonde l'ordre des humains, opposé à l'ordre animal et matériel. C'est par ce questionnement là, posé dans toute sa radicalité, qu'elle nous fascine. Telle une Antigone, l'anorexique viendra toujours camper aux frontières de la vie et de la mort pour occuper le lieu de vacance du Symbolique – vestale antique, elle en entretiendra la flamme en payant tribut de son corps.

question reste ouverte de savoir s'il y a absence de désir ou trop plein de désir ou du désir mal foutu ou mal placé, entre guillemet. Et puis, je me suis fendu d'une phrase qui est une phrase de Lacan tirée de : « *d'un autre à l'Autre* », dans la séance du 11 juin 1969 : « *Le corps, tout idéalisé et purifié de la jouissance, réclame du sacrifice de corps.* »

Cette phrase construite, et scandée d'une manière tout à fait typique de Lacan, me semble contenir des notions, des termes et des idées que l'on retrouve à l'œuvre dans la symptomatologie anorexique et dans la littérature qui y est attachée. Les mots de corps, de jouissance ou de sacrifice se rencontrent chez beaucoup d'auteurs. Je cite au hasard : Éric Bidaud : « *Pour vivre à la vie divine, il faut mourir* ». A propos de l'anorexie mentale et de l'ascèse mystique, ce sont effectivement des mots que l'on rencontre : jouissance, corps et sacrifice, auxquels on pourrait ajouter d'autres : renaissance, sujet, mort.... L'ascèse serait une culture d'anéantissement. Michel Foucault dans son « *Histoire de la sexualité* » les évoque. Avec, à nouveau, Lacan : « *C'est dans la mort que prend sens l'existence du sujet* ».

Colette Combe, dans son dernier ouvrage, parle de meurtre sacrificiel. « *L'anorexique veut tuer en elle la personnalité conforme aux attentes de la famille et le meurtre sacrificiel de cette adaptation se veut une renaissance à terme* ». Cet auteur n'est pas lacanien, elle n'opte pas pour la terminologie lacanienne, mais on pourrait dire, sans trahir sa pensée, qu'il s'agirait de faire en sorte qu'un nécessaire meurtre symbolique ne débouche pas sur une mort réelle, tout en cautionnant le fait qu'il est important de rencontrer la mort pour penser la vie. Risquer de mourir pour survivre, en quelque sorte. On retrouve encore la notion de sacrifice chez Ginette Raimbault « *L'anorexique dénonce par son sacrifice le ravalement de l'humain au rang de l'animal* » avec cette conclusion : « *En défiant les lois de la biologie, de la physiologie et de la nature, telles qu'elles sont codifiées par l'ordre médical, la jeune fille affirme envers et contre tous que ne pas manger n'est pas une destruction mais la seule façon pour elle de vivre* ».

## 2/ L'anorexie : d'hier à aujourd'hui...

Il y a là dans cette clinique de l'anorexie, qui trouve ses origines dans les travaux de William Gull, un anglais et de Charles Lasègue, dans les années 1870, (1873 pour Lasègue), il y a là, d'un point de vue phénoménologique, toutes les apparences d'une mortification et d'une auto agression d'un fonctionnement vital, qui ne donne pas tout de suite, l'accès à la construction intime de l'anorexique. Cette construction est une construction paradoxale qui peut se résumer par cet aphorisme : « *retrouver la vie en attaquant la vie* ».

J'évoquerai juste brièvement, les deux bouts de la chaîne bibliographique que j'ai collectée pour vous parler : c'est donc : Lasègue 1873, l'article dit « *de l'anorexie hystérique* » et Colette Combe

« *Soigner l'anorexie* » chez Dunod qui date de nos jours.

Lasègue situe le comportement anorexique dans le champ de l'hystérie. Colette Combe aussi. On pourrait penser qu'en 130 ou 140 ans, rien n'a changé de ce côté là. Mais rien n'a changé et tout a changé. Rien n'a changé, grosso modo, dans le dispositif d'accueil par le champ médical et psychiatrique. Je veux parler de l'isolement qui est l'axe majeur et la prescription majeure qui a encore cours dans le champ de la médecine. Et pourtant tout a changé, dans la mesure où, et ce sera un peu mon propos, on aborde l'anorexie à la lumière de la psychanalyse et de la façon dont cette dernière n'évacue pas, dont elle tient compte, du savoir dans le réel comme dit Lacan, un réel médiatisé par la médecine.

Tout a changé dans la mesure où cette psychanalyse permet de revisiter ce dispositif et de lui donner un sens, de le faire tenir, de le rendre beaucoup plus acceptable par les jeunes filles en question mais aussi par les équipes qui ont en charge ces jeunes filles.

Ces équipes ont bien souvent accès à très peu d'informations et se trouvent en souffrance du fait qu'elles mettent en place quelque chose dont elles ne perçoivent que le côté coercitif, avec des identifications dont on reparlera. Si j'ai le temps, je vous présenterai peut-être quelques exemples, mais je ne crois pas beaucoup à ce qu'on appelle ces « vignettes cliniques » dont tout clinicien se sent obligé de faire état. Ce sont bien sûr, lorsqu'on parle en public, des pratiques cliniques et des patients qu'on a rencontrés, mais c'est toujours une fiction, c'est toujours reconstruit et je suis toujours très mal à l'aise, à fortiori quand il s'agit de parler d'histoires qui sont encore en cours. Mais on voit que de grands noms de la psychanalyse n'ont pas cette pudeur, je vous renvoie au dernier livre de Charles Melman où, sans vergogne, il nous parle de « cures en cours... » c'est quelque chose qui me dépasse ! En disant cela, j'ai sous les yeux les lignes de Lasègue qui dit ceci : « *les observations qui durent des années ne se racontent pas, et je crois qu'il vaut mieux, au lieu de faits particuliers, présenter un tableau en quelque sorte schématique de la maladie* ». Je serai donc schématique.

Lasègue fixe donc d'emblée l'entité clinique qui prendra plus tard le nom d'anorexie mentale. Pour ceux qui ne sont pas tout à fait familier de cette clinique là, voici donc un petit détour descriptif :

L'anorexie se définit par une perte d'appétit qui passe souvent inaperçue, par une restriction de l'alimentation qui commence par un choix des aliments, par une élimination toujours plus grande de ces mêmes aliments, un amaigrissement qui peut aller jusqu'à 20 % du poids de la jeune adulte en question, par une hyperactivité et en particulier vous le savez, une grande réussite sociale et scolaire, une énergie débordante et, puisque à 90 % il s'agit de jeunes filles, par une aménorrhée, absence de règles qui, à l'âge qu'elles ont, n'est pas courant, sauf si elles sont enceintes bien sûr. C'est le signe d'une maladie

somatique grave. Ce sont des personnes qui se présentent sous un aspect décharné, très séduisantes.

Elles sont très belles, dans leur décharnement et dans le côté éthéré. C'est moins vrai lorsqu'on les voit nues, mais parées de leurs atours elles sont charmantes...

A l'époque, Lasègue, en parlant d'anorexie, parle de traitement moral. On est complètement dans la suite de Pinel et d'Esquirol. Il fait un descriptif de ce tableau où l'on retrouve les protagonistes habituels, c'est-à-dire l'anorexique, sa famille, les soignants. De sa famille, il est dit qu'elle n'a à son service que deux méthodes qu'elle épuise toujours, prier ou menacer et qui servent l'une et l'autre comme des pierres de touche. Lasègue observe qu'en ce qui concerne, par exemple la menace ou l'insistance : « *L'excès d'insistance appelle un excès de résistance* ». Je trouve que cette formule résume bien ce que nous retrouvons régulièrement lorsque nous voulons avoir le dernier mot vis-à-vis de ces jeunes filles, au nom de l'attitude à laquelle doit se plier le monde médical qui est de venir en aide à la personne qui est en danger. C'est là, on en reparlera peut-être, où, à la lumière de la psychanalyse, on peut arriver à construire, à opter pour d'autres attitudes que cet affrontement, que cet excès d'insistance qui n'appelle en retour qu'un excès de résistance, puisque, à avoir, entre guillemet, le dernier mot, ce n'est jamais l'équipe soignante qui a le dernier mot, c'est toujours l'anorexique, dût-elle en mourir pour cela.

On a donc intérêt à trouver d'autres attitudes et une partie de ces attitudes peuvent se construire à partir de ce que la psychanalyse peut expliquer à la fois sur l'anorexie et aussi sur la position dans laquelle l'anorexie nous met. En effet, revisiter la place et les rôles que l'anorexique fait jouer aux soignants, sous l'angle du transfert permet de revisiter les relations soignantes qui s'en trouvent alors considérablement allégées.

Donc Lasègue, dès 1873, trace les grands traits de ce qu'il appelle l'anorexie hystérique qui deviendra par la suite l'anorexie mentale et même l'anorexie essentielle de la jeune fille.

### 3/ L'isolement : « thérapeutique » ?...

Qu'est-ce que peut dire la psychanalyse de neuf là dessus, sachant que cela ne conduit pas forcément à des traitements nouveaux ?

Dès Lasègue, ce qui domine c'est l'isolement de l'anorexique par rapport au milieu d'où elle vient. J'ai d'ailleurs fait une erreur en rendant compte du livre de Colette Combes qui ne parle pas de Lasègue ou très peu, en disant que Lasègue, l'isolement, il en faisait une prescription. Il n'en parle pas, lui. Mais on sait qu'à son époque, c'était déjà pratiqué, même en amont, on retrouve des témoignages d'enfermement mais sur un mode extrêmement coercitif et avilissant. A l'heure actuelle, malgré quelques tentatives pour

faire autrement, des aménagements de ce cadre, la règle reste l'isolement de l'anorexique. C'est-à-dire que lorsqu'une jeune fille est hospitalisée dans un service pour cette histoire là, elle a l'interdiction de sortir de sa chambre, interdiction de recevoir des visites, des coups de téléphone, d'envoyer des courriers. Moi, je préfère dire les choses autrement. Mais pour dire les choses autrement, je n'ai trouvé paradoxalement, qu'à me servir des mots de la médecine. Je leur dis, « *vous êtes dans un tel état que vous garderez la chambre* ». « *Vous êtes dans un tel état, les visites vous fatigueraient tellement, que vous n'en aurez pas* ». En quoi de dire les choses comme cela, c'est autre chose que d'être l'hypocrite, ou faire la danse du ventre ou je ne sais pas comment appeler cela ? En quoi cela peut-il fonder une attitude soignante et en quoi cela se réfère-t-il à ce dont la psychanalyse témoigne et prend en charge, c'est-à-dire le travail de l'inconscient et de ses différentes productions ? C'est ce que j'essaie d'aborder.\*

Des phrases comme celles là peuvent nous aider dans la mesure où on y retrouve justement, des notions qui ne vont pas de soi, même si elles se servent des mots de la langue française qui ont visiblement pour les soignants non rompus à la psychanalyse, d'autres sens.

Comment en effet, parler de la jouissance à une équipe médicale qui est confrontée à une douleur, à une souffrance, à une dégradation des diverses fonctions vitales sans qu'ils se méprennent sur ce qu'on dit ? Il faut vraiment faire des efforts ! Lacan avait raison de dire : « *la jouissance c'est tout de même dérangent* » ! Il disait encore : « *Ce que j'appelle jouissance, au sens où le corps s'éprouve, est toujours de l'ordre de la tension, du forçage, de la dépense, voire de l'exploit* ». L'exploit, c'est un mot juste qui me semble tomber juste quand on a à faire aux anorexiques parce qu'on a l'impression, effectivement, d'une espèce de compétition folle, d'exploit. On se demande souvent : « *jusqu'où va-t-elle tenir ?* » Jusqu'où va-t-elle repousser les limites de cette vie où elle nous donne à voir qu'elle n'est qu'un pur esprit, dégagé des soucis de la chair ? Jusqu'où ? Sachant qu'on est dans un cadre où la médecine dit : « *pas jusqu'à la mort puisque moi, la médecine, je suis là pour qu'elle n'y aille pas* ». On se trouve là, au nœud d'un paradoxe dans lequel on est face à une entreprise qui semble aller droit à la mort et où le but non dit, mais montré, au sens de monstration, a à voir avec cela, dans un milieu qui est lui, en miroir, obstinément tendu au service d'autres exploits qui visent à ce que cette mort n'advienne pas, en tout cas pas ici, pas dans mon service.

Pour en revenir à cet isolement on peut dire qu'il a été élaboré comme une réponse empirique avec de fortes connotations morales, à la fois pour punir, pour mettre à l'abri, pour ne pas nuire aux autres, pour que l'ordre règne. Cela a fait, tout de même, qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle on a construit, tout autour de Paris, un grand monde d'édifices, à la fois pour que les fous puissent respirer l'air de la campagne et que les

miasmes qui les agitaient là-haut puissent s'estomper, mais aussi pour que les bourgeois parisiens puissent dormir en paix. D'une certaine façon, l'isolement de l'anorexie procède de cela. On n'a rien trouvé d'autre et on voit bien que tout le monde est empêtré, puisque à la fois on ne trouve rien d'autre, mais qu'on essaye de se donner bonne conscience par rapport à ce qui peut apparaître extrêmement, du côté des droits de l'homme... un peu scabreux. Tout cela, en essayant de le justifier médicalement.

Je crois qu'on ne peut pas le justifier médicalement, je ne vois pas comment on pourrait le faire médicalement, alors qu'on peut singer le discours de la médecine comme je vous l'ai dit tout à l'heure avec des termes vieillots : garder la chambre, ne pas recevoir de visites, avec des variantes, puisque maintenant avec le téléphone portable... Comment faire ? Fouiller les affaires, éviter que les petits mots soient écrits, comment faire avec tout cela ? Comment justifier tout cela ?

#### 4/ A propos de l'ouvrage de Colette Combe

Là où l'anorexique a sa place dans ce qu'on fait ici, à l'APM, c'est justement qu'elle nous confronte directement à ces notions de désir, de jouissance, de sacrifice, de conversion hystérique. Je cite pêle-mêle, ce qui se trouve mis à mal ou exposé ou illustré, ce qui serait de l'ordre également, de la complaisance somatique, du côté de Freud. Ce qui serait aussi, de l'ordre du phénomène psychosomatique, chez Lacan, de la relation d'objet, de la jouissance, je l'ai déjà dit, du corps comme cartouche ou comme hiéroglyphe, portant dans les diverses affections dont il est le siège, quelque chose de la dimension du sujet, processus de somatisation, sur lequel beaucoup de monde s'est penché (que ce soit les travaux de l'école psychosomatique de Paris ou ceux de François Perrier, Pierre Benoît etc.)

Le livre de Colette Combe, plus qu'un autre, m'a semblé reprendre la question à partir d'une clinique très présente et très complète. L'articulation très fine et très travaillée avec la psychanalyse, en est un des atouts. Qu'est-ce que nous dit Colette Combes par exemple ? Il n'est pas douteux pour elle, que l'anorexie est le résultat d'une conversion hystérique, de la transformation d'une angoisse en symptômes somatiques. Que ces symptômes expriment le désir sous la forme de son refus. Il n'y a pas absence de désir, il y a, au contraire, affirmation d'un désir mais présentation de ce désir sous la forme de son refus. Là où les choses se compliquent c'est, on le sait bien depuis la seconde guerre mondiale mais aussi à travers d'autres expériences, je pense aux Irlandais de l'IRA, ou aux Allemands de la bande à Baader, c'est que le jeûne prolongé a des effets somatiques.

Et l'on peut déployer toutes les théories psychiques que l'on veut, il y a un moment où il serait outrancier de s'en tenir à cela. Et que, pour reprendre les paroles de Lacan : « *Du savoir dans le réel, on doit tenir compte* ».

Médecin, psychiatre et psychanalyste, (on ne dira jamais assez l'incongruité de la juxtaposition du signifiant « psychanalyste » à d'autres titres, quels qu'ils soient, d'ailleurs) bref, étant tout cela, l'auteur ne se prive pas de s'en servir. Force est de constater cependant, qu'elle le fait avec à propos et qu'elle parvient à articuler de façon assez claire ces trois dimensions, de médecin, de psychiatre et de psychanalyste.

Donc, à ne pas méconnaître le savoir dans le réel et les effets du jeûne sur la physiologie, elle nous apprend, certains le savaient peut-être, qu'en dehors des troubles, par exemple l'aménorrhée, d'autres métabolismes se trouvent modifiés par le jeûne prolongé. Il en est ainsi du métabolisme du cortisol qui, contrairement à d'autres productions qui s'effondrent, voit ses taux atteindre des chiffres pathologiques, de l'ordre de ceux qu'on retrouve dans les tumeurs surrénales. Il faut savoir que ce cortisol en excès dans la circulation sanguine a un effet comparable à celui des endorphines dont le rôle est de calmer la douleur et de donner une représentation de ce qui est ressenti et de ce qui se passe, de l'état du corps, qui est faussé. Je ne parle pas là de la représentation de l'image du corps chez l'anorexique mais de ses sensations et du fait qu'elle est capable de mener à bien certaines activités qui sont de l'ordre de l'exploit. J'ai ainsi le souvenir d'une jeune fille qui habitait en Seine et Marne et qui était étudiante à Nanterre, elle devait peser autour de 30 kg pour 1,70m. Tous les jours elle allait à ses cours à Nanterre. Elle se faisait effectivement une règle d'y aller en affolant tout le monde autour d'elle, son médecin traitant, ses parents...

Les parents, puisqu'on en parle, s'aperçoivent, la plupart du temps, tardivement de l'état réel dans lequel se trouve leur fille et ils y accèdent en général sur le mode de la catastrophe. C'est-à-dire autant le déni de la réalité est fort, autant, quand il se déchire, c'est la panique, l'urgence, le SAMU... avec une demande extrêmement massive à l'encontre des équipes médicales, une dureté et une exigence presque délirantes à la mesure peut-être de la culpabilité dans laquelle ils se sentent de ne pas avoir vu et de ne pas avoir pu empêcher leur fille de s'abîmer ainsi.

Une partie de l'état psychique des anorexiques auxquelles on a à faire et pour lesquelles on est tenté de mettre des outils théoriques du côté de la psychogenèse, est due tout bêtement, à ce qui s'est trouvé modifié du fait du jeûne et qui les rend relativement étrangères à ce qui leur arrive. Là, on se trouve en face des conséquences psychiques d'une dégradation physiologique, elle-même causée par la mise en route d'un comportement qui viendrait répondre à un conflit psychique. Vous voyez, c'est des allers et retours, comme cela, qui méritent d'être interrogés mais qui ne sont jamais aussi finement décomposés dans la clinique quotidienne mais sont plutôt abordés sur le mode transférentiel des deux côtés, transférentiel du côté de la patiente, de la famille et du côté des équipes soignantes, que ce soit dans l'horreur, la compassion ou l'exigence, c'est comme

cela et pas autrement. Le mérite du travail de Colette Combe, c'est, à mon sens, de revenir et de revisiter toutes ces choses qui ont été abordées à droite, à gauche, soit par des médecins somaticiens soit par des psychanalystes, par quelques psychosomaticiens, mais jamais liées, rassemblées comme elle le dit.

L'anorexie, vient donc interroger ce lien ou ce saut du psychique dans le somatique avec en retour cette interaction du somatique sur le psychique.

Cette réalité clinique vient nous interroger dans notre inaptitude souvent chronique à ne pas pouvoir penser les choses en dehors d'une supposée réalité psychique, même s'il est de notre devoir, de constamment nous y référer. Parfois nous voulons tordre la réalité somatique psychique à nos réalités psychiques. D'accord, si on est capable de faire la démarche contraire aussi et d'accepter que nos théories ne soient pas toujours validées uniquement dans une équivalence psychique-psychique mais puissent aussi faire l'objet d'un regard critique. C'est quelque chose qui ne me quitte pas depuis que je fonctionne et que j'essaie de faire fonctionner cette place de psychanalyste dans la médecine. Elle ne peut à mon avis être acceptée, cette position, que si nous nous laissons questionner dans les limites de nos théories, par la réalité du corps et ce qu'elle inflige dans toutes les constructions. L'anorexique porte cela aussi dans cette tentative de se faire exister comme pur esprit. Je me suis souvent entendu leur dire que je croyais avoir compris cela dans ce qu'elles faisaient de leur corps et de ses fonctions, à travers le matériel qu'elles m'apportaient. Je croyais qu'elles mettaient à distance les besoins du corps. La richesse de leur production intellectuelle, chère aux journaux intimes et au travail au lycée ou universitaire qu'elles apportent pour ne pas s'ennuyer pendant leur séjour, sonne comme une tentative de privilégier la vie psychique, la vie intellectuelle presque... Mais, sans un cerveau correctement nourri, est-ce possible ?...

Exhibant, parfois avec abattement, l'impuissance dans laquelle je me trouve à les faire sortir de l'état dans lequel elles se sont mises, étant paradoxalement le moins « psychologisant » de toute cette équipe mobilisée à leurs services, je les laisse, perplexes, dans un dilemme extrêmement douloureux dont elles ne sortent que sur un mode totalement dépressif qui frôle la mélancolie.

Est-ce de la mélancolie d'ailleurs ? Lasègue trouve que cela n'a rien à voir avec la mélancolie. Plus tard, Freud dira que l'anorexie a quelque chose à voir avec la mélancolie mais peut-être pas directement. Peut-être tout ça se joue-t-il dans une identification à un personnage mélancolique ou à un personnage susceptible de le devenir, ou luttant contre la mélancolie. Et là, inutile de faire durer le suspens, il s'agit en général de la mère de l'anorexique.

Il se trouve que la psychanalyse, par ce qu'elle nous apporte comme grande connaissance sur la façon dont, psychiquement on est fabriqué et ce à quoi on est affronté dans l'anorexie, permet sinon de justifier, du moins d'éclairer ces comportements.

Ce que Colette Combe souligne, ainsi que d'autres cliniciens, c'est que cette expérience radicale que nous donne à voir l'anorexie est fondatrice de quelque chose et en tant que telle, elle est à respecter, elle est à accompagner plutôt qu'à combattre. L'anorexie est pour Colette Combe, un symptôme qui témoigne d'une tentative d'accès à l'affirmation par la négation. Ce serait une entreprise de désubjectivation, on n'a plus l'impression d'avoir affaire à quelqu'un. On a l'impression d'avoir affaire à un corps décharné, étranger à ce qui lui arrive. Incapable de lire ou de dire ses affects. On a appelé cela la fameuse Alexithymie de l'anorexie. Cette entreprise de désubjectivation, celle-ci étant pourtant, et c'est un des axes du paradoxe de l'anorexique, « le lieu de réserve du sujet ».

### 5/ Ce que la psychanalyse peut proposer.

Si le lieu du sujet gît dans cette tentative d'en anéantir l'incarnation, on conçoit mieux le désarroi de la médecine devant un tel paradoxe. Le psychanalyste peut aider les soignants à penser ce paradoxe et à l'intégrer dans leur parcours.

Comment effectivement, pour des soignants dans le champ de la médecine, intégrer ces notions qui nous semblent familières à nous, de meurtre symbolique, alors qu'ils ont à faire à quelque chose dans lequel se profile l'enfer. (10 % des anorexiques meurent de leur exercice). Je dis de leur exercice en référence à Lasègue. En effet, le jeûne dont on parle, a été pratiqué de tout temps. Les mortifications dont je parlais tout à l'heure, ont été pratiquées de tout temps. De St Siméon le Stylite, resté des années sur sa colonne à Catherine de Sienne, nombreux sont les pratiquants de ce genre d'exercice. Pourquoi ces gens là s'infligeaient-ils de telles mortifications ? (Pourquoi se mettre dans un état pareil ? Pourquoi ces jeunes filles, ces personnages, se mettaient dans un état pareil ?). A l'époque c'était pour être plus près de Dieu. Pour toucher du doigt quelque chose de divin dont ils pourraient témoigner et même qu'ils pourraient pénétrer. Accéder à une nature divine. Est-ce que c'est cela que l'anorexique vise, elle qui ne se réclame pas souvent de ces références ? Comment ont-elles fait pour arriver à cet âge là, faire leurs études, avoir des relations sociales normales ? Comment ont-elles fait et qu'est-ce qu'elles viennent reposer, refonder, remettre en question de ce qui n'a pas marché, qui a pourtant marché, (pas d'épisode dépressif forcément, pas de faits délirants, de moments psychotiques, pas de comportements psychopathiques ou pas grand chose...) Qu'est ce qui a fauté et qui marchait bien ? Qu'est ce qui peut être remis en question ? Ce doit tout de même être quelque chose d'extrêmement fondamental pour que ce que nous appelons une pulsion d'auto-conservation, sur laquelle vous le savez d'autres pulsions sexuelles sont venues s'étayer, pour qu'une telle pulsion vienne ainsi être remise en question comme cela. Il y a un changement de corps dans le sens où on ne sait pas trop à qui on a à faire. Je me souviens de l'une d'entre elle que j'ai suivie pendant extrêmement longtemps et qui un jour a fini par dire : « je ne voulais pas qu'on me remarque ». Je lui ai dit :

« c'est raté ! Puisque la première fois que je vous ai vue, je me suis demandé si vous étiez une fille ou un garçon ». Le silence s'est fait, et, de ce jour là, c'est allé très vite. Effectivement c'est un corps asexué. Tous les attributs de la féminité sont gommés, disparaissent, fondent.

Je ne vois guère que la psychanalyse qui ait avancé des notions à propos de ce qui préside à notre construction psychique et à la construction de ce que plus tard on pourrait appeler un sujet, à travers toute la mise en place et la description de ce qu'on a appelé le corps érogène et de tout ce qu'il a été développé du coté de la vie pulsionnelle, et dont la médecine ne dit pas un mot.

Si le psychanalyste a à témoigner de quelque chose dans ce champ là, c'est bien de ce qui est à l'œuvre du coté pulsionnel. Alors vous voyez déjà la difficulté que nous avons entre nous à travailler ces questions. Questions tout de même, je le rappelle, qui sont justement à la charnière du somatique et du psychique. Travailler ces questions là avec des gens qui n'en disposent pas dans le savoir qu'ils ont acquis et qui s'affrontent à une réalité que nous, nous jugeons comme justement le terrain d'affrontement des pulsions, je crois que c'est là où on a du pain sur la planche, avec cette difficulté de devoir les initier à ça, ça qui pour nous est déjà compliqué.

Catherine Combe à laquelle je me réfère beaucoup, puisque c'est le dernier ouvrage en date sur cette question, écrit : « dans l'anorexie, l'articulation somatique-psychique s'est désintégrée ». J'ajoute : c'est donc la même chose de dire que l'organisation pulsionnelle s'est désintégrée.

Il s'agit pour les équipes soignantes, de supporter de ne rien faire. Il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui les aide à supporter ce qui est à l'opposé de ce pour quoi elles sont formées. Je ne vois guère que le psychanalyste pour le faire. Si vous en trouver d'autres, vous me le dites, mais je ne vois guère que le psychanalyste, habitué à ne rien faire, pour expliquer comment, ne rien faire, cela aide. C'est d'ailleurs ce qui nous est renvoyé régulièrement. Ne rien faire, tant qu'on n'a pas compris ce qui est en jeu, pour qui elle nous prend celle là ? Où en est-elle par rapport au danger vital ? Ne rien faire tant qu'on en est pas là !

De quoi s'agit-il ? Il s'agit de prendre en compte, ce dont l'anorexique ne conviendra pas tout de suite, mais ce dont nous sommes pénétrés, que nous sommes alors confrontés au destin particulier d'une pulsion particulière de celle qui a tout de même présidé aux premiers mois de notre vie et aux premières relations avec les personnages centraux de notre vie, que tout cela s'accompagne d'une réactualisation d'un matériel qui est comment dire, refoulé ? Dénier ? Voir forclus ? Cela reste une question. Il n'est d'ailleurs pas utile de la refermer trop tôt. En fait, lorsqu'on ressort de la chambre d'une anorexique et qu'on est rattrapé par le champ galopant de l'ordre médical et de la nosographie psychiatrique, tous ces savoirs ne nous aident pas beaucoup. On ne sait pas en effet, si on a à faire à une construction psychotique lorsqu'on sort par exemple de

la chambre d'une jeune fille qui nous a dit : « Des voix me disent que je ne dois pas manger », ou d'une jeune fille qui a aligné sur son lit une centaine de fiches cuisine de « ELLE », qui les classe et qui les reclasse, on se dit là, on doit avoir à faire à un moment obsessionnel d'une névrose de contrainte, c'est un truc massif ! Puis lorsqu'on écoute les équipes soignantes et quand on voit comment le « contrat » a été détourné et la façon dont les gens de l'équipe sont montés les uns contre les autres, faisant resurgir des conflits, on se dit qu'on a à faire à un personnage du genre de « la zizanie » dans Astérix, vous voyez, une espèce de pervers qui manipule. Dans quel champ est-on ? Jusqu'où, lorsqu'on est psychanalyste faut-il coller au champ du « pernépsy » comme dit Jean Allouch. N'est-il pas au contraire du devoir du psychanalyste de s'en affranchir, sachant que lorsqu'il est dans le champ de la médecine cela pèse plus que jamais sur sa pratique ? Nous voilà donc bien démunis.

Alors, qu'est-ce que c'est que ne rien faire ? C'est d'une certaine façon accorder du crédit au fait que l'anorexique ne veut pas de ce dont on lui propose, de la nourriture et des soins. Là aussi, plutôt que d'essayer de comprendre pourquoi elle fait cela, il y a un petit pas de coté que permet la psychanalyse et qui peut être mis en place dans une telle entreprise, c'est d'aider les soignants à s'interroger sur ce que cela leur fait qu'elle refuse ce pour quoi elles ont été formées, ce qu'ils savent trop bien faire et ce qu'ils ne cessent de mettre en place. Surtout que dans des services il n'y a pas que des anorexiques. Il y a des malades avec des tuyaux partout et pour lesquels on n'arrête pas de cavalier, pour lesquels il faut mettre en place des prescriptions, répondre aux douleurs. Elles, les anorexiques, refusent ce qu'on leur propose, à commencer par la vie. Comment l'expliquer aux soignants ?

Je ne vois que la psychanalyse pour leur faire toucher du doigt quelque chose de cette vérité là. Mais pas comme un savoir en disant : « moi je vais vous raconter ce que c'est ! » Mais par le détour obligatoire du transfert. Au fond, qu'est ce que cela nous fait, ce qu'elles (les anorexiques) nous font ? Qu'elle nous rende son plateau plein ou qu'elle nous le rende vide. Il y en a une qui a rendu son plateau vide, il y avait des côtelettes de porc, et il n'y avait même plus les os !

Quand dans un hôpital général, au bout de trois semaines, il faut désinfecter la chambre et qu'on change de chambre, on a des surprises. Dans l'hôpital où je travaille, il y a une coursive extérieure pour nettoyer les vitres, passer les câbles etc., les aides-soignantes repèrent très vite qu'il y a beaucoup de moineaux à la fenêtre de la jeune anorexique alors que dans d'autres chambres, il n'y a pas de moineaux. Lorsqu'elles nettoient les chambres, elles font des découvertes épouvantables, de nourriture cachée, pourrie, sous les couvertures, dans les placards, à l'extérieur quand cette nourriture n'est pas vomie. « Elle n'a rien mangé, elle a tout vomi, elle n'a pas grossi, elle dit qu'elle a mangé mais elle ne mange pas ».

Ce que la psychanalyse peut faire c'est justement de ne pas tomber là dedans, dans cet affrontement dans lequel on ne fait que répéter et que se mettre dans une

position suscitée par le transfert, dans lequel les soignants se retrouvent dans une position de mère perturbée par ce que leur enfant leur refuse. C'est là, je pense, qu'on peut initier, chacun à notre manière, dans notre style, ce qu'on a compris de ce qui préside du lien maternel, de ce qui est en jeu du côté pulsionnel et de ce qui se construit du côté de la mère par rapport à son nourrisson. Faire passer l'idée que l'anorexie mentale serait la recherche d'un état de survie, c'est difficile à faire avec les outils rationnels et médicaux. Cet état de survie porte en lui-même, comme le dit Colette Combe, un état d'agonie et un vécu de meurtre tant vis à vis du psychique que vis à vis du corps, ça encore ils peuvent y accéder, mais la question est toujours de savoir comment ils peuvent faire marche arrière. Effectivement, on a souvent le sentiment d'avoir à faire à une agonie, de la vie psychique, somatique mais aussi une agonie de la vie relationnelle.

### 6/Pour conclure

Ainsi, je ne vois que la psychanalyse pour aider à penser des choses qui sortent de l'exploitation rationnelle à laquelle est rompue la pratique de la médecine ou l'ordre médical.

Il y a quelques années, je lisais « la Chute » d'Albert Camus, et je suis tombé sur une phrase qui m'a semblé totalement en rapport avec cette question. Lorsque le juge pénitent discute avec son interlocuteur et lui dit en substance : « *Au fond, il n'y a qu'une seule chose dans la vie qui nous intéresse, c'est de savoir ce que les gens pensent de nous. Mais il n'y a qu'un moment où les gens se « lâchent » pour parler de quelqu'un d'autre, c'est quand ils suivent son corbillard. Le problème c'est que l'autre n'est pas là pour entendre ce qu'on dit de lui* ». Je me suis dit alors que les anorexiques se comportaient un peu comme si elles mouraient d'un œil, pour savoir un peu qui elles sont pour les autres,

quelle place elles ont dans le désir de l'autre. Alors, quand on creuse un peu, on retrouve effectivement dans les constellations familiales, quelque chose du côté de la mère, quelque chose du côté de la fratrie, un enfant mort, une IVG non parlée, quelque chose comme cela. Le problème c'est qu'on ne peut pas mourir d'un œil et j'ai lu cette phrase au moment où j'étais confronté à une jeune fille anorexique extrêmement cachectique à qui il a fallu un moment donné, prescrire des neuroleptiques pour la sortir d'un épisode extrêmement délirant. Le problème, c'est qu'après avoir eu ses neuroleptiques et dans les dix minutes qui ont suivi, la fille a fait un choc gravissime qui a nécessité le recours au SAMU. En effet, les neuroleptiques étaient une bonne chose, mais on ne pouvait pas les prodiguer à la même dose que chez quelqu'un qui pèse un poids normal. Je me souviens d'avoir eu l'image de ... j'étais confronté à quelque chose que je ne pouvais pas appeler un être humain et dont l'ultime supplique a été de lancer : « *je ne veux pas mourir* ». J'ai encore dans l'oreille ce cri qui n'était pas humain. On aurait pu croire le contraire (qu'elle voulait mourir). Le SAMU l'a sauvé et à partir de là, elle s'est réalimentée et a survécu.

Ainsi, je ne vois que la psychanalyse pour aider à penser ce qui se présente sous un jour paradoxal et qui vient questionner, ébranler la médecine sur ses bases, quitte à la rendre inopérante et qui récuse tout ce qui pourrait être mis en place, je ne vois que la psychanalyse. Freud a pensé les mécanismes intrapsychiques de la personne en question, les liens qu'elle tisse avec nous et qui préside à l'élaboration de comportements, qui ne sont peut-être pas nouveaux au regard de la clinique de l'anorexie mais qui peut être, mieux compris et ripoliné par la psychanalyse, sont davantage acceptés par les soignants, mieux travaillés et plus efficaces.