



L'anorexie vraie de la jeune fille

Carole Dewambrechies - La Sagna

"Revue de la Cause freudienne n°65"

Publié le 2 septembre 2020

[hystérie](#), [anorexie](#), [objet](#), [angoisse](#), [clinique du phallus](#), [clinique de l'objet](#)

« Un texte essentiel pour distinguer l'anorexie hystérique de l'anorexie psychotique ainsi que l'anorexie mentale qui n'est pas le symptôme d'autre chose. L'auteure donne de précises indications quant à la direction de la cure. Elle met l'accent sur le rapport de l'anorexique au désir de l'Autre. Si pour le petit enfant, ce refus s'adresse à l'Autre, soit sa mère, pour une adolescente, ce n'est plus l'Autre de l'Œdipe mais l'Autre de la société, son discours, ses idéaux. - Frédérique Bouvet »

L'anorexie vraie de la jeune fille

Carole Dewambrechies-La Sagna^[1]

La publication du Séminaire L'Angoisse, en 2004, a ouvert des perspectives fondamentales à maints égards, notamment en ce qui concerne la clinique de l'anorexie mentale à laquelle Lacan fait explicitement référence. L'anorexie mentale est certainement ce qui, dans la clinique, permet d'avoir l'aperçu le plus direct de ce que l'on appelle l'attachement d'un sujet à son symptôme. L'époque contemporaine est tentée de nier cette dimension, pourtant fondamentale eu égard à toute tentative de traitement du symptôme. Si l'on peut avoir l'idée que le patient veut se débarrasser de son symptôme, on constatera que, dans l'anorexie mentale, il n'en est rien et que cette réalité est immédiatement palpable.

Le praticien observe plus généralement les trésors de ruse, de mensonge, d'inertie que peut déployer la jeune patiente — car il s'agit souvent d'une jeune fille — pour ne pas se soigner, pour ne pas aller mieux. Elle persiste à dire que tout va bien et ne présente aucun signe d'angoisse. Ce qui frappe dans le tableau clinique présenté par ces jeunes filles quand elles sont dans un état de dénutrition avancé, c'est leur indifférence — si l'on veut employer le terme généralement réservé à l'hystérie — vis-à-vis de leur état et de la gravité de celui-ci. Il faut cependant souligner que l'angoisse est toujours présente dans le tableau clinique sous une forme spéciale, celle de l'angoisse de l'autre. Dans la pratique, la jeune fille anorexique, quand le médecin, le psychiatre ou le psychanalyste la rencontre, est accompagnée par un autre, ou bien des autres — par exemple ses parents, le médecin de famille, des enseignants, un entraîneur — dont la caractéristique est qu'ils sont angoissés.

Je voudrais ici démontrer l'intérêt qu'il y a, pour la prise en charge de l'anorexie, de prendre en compte ce postulat selon lequel l'anorexie mentale est une clinique de l'angoisse, angoisse de l'entourage familial, médical, scolaire. Il en va de même pour les camarades de classe qui parlent souvent de la jeune fille anorexique de leur classe —, car, actuellement dans nos sociétés, il y en a quasiment une par classe. Cette localisation de l'angoisse du côté de l'autre est l'une des difficultés de la prise en charge de ces patientes. Mais c'est aussi le biais par lequel une intervention thérapeutique est possible.

En médecine, on appelle anorexie la triade symptomatique qui comporte l'anorexie proprement dite, c'est-à-dire la restriction alimentaire, l'amaigrissement souvent très important — plus de 30 % du poids du corps — et l'aménorrhée. C'est la triade des trois A : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. En règle générale, la restriction alimentaire est cachée, l'amaigrissement est dénié et le sujet ment sur son poids. L'aménorrhée est avouée plus facilement et constitue souvent le premier motif de consultation, très embarrassant pour les gynécologues, au point qu'il leur arrive régulièrement de faire de l'anorexie un thème de leurs congrès et d'y inviter un psychanalyste pour éclairer la réponse qu'ils peuvent apporter au problème qui leur est ainsi soumis.

Un état mental particulier complète le tableau : on parle classiquement de déni des troubles que l'on infère de l'absence de demande de ces jeunes patientes, absence active s'il en est. En effet, elles ne demandent pas à être soignées et, si elles le sont, la règle est leur opposition au traitement, une opposition très active. Énoncer le tableau sous cette forme, c'est déjà dire que 90 % des sujets anorexiques sont des filles ou des femmes. Corrigeons : il faut mettre à part l'anorexie du nourrisson — qui un symptôme très réel et très angoissant — et celle de certains hommes qui relève en général d'une structure psychotique.

Le préalable : le diagnostic de structure

Les critères de gravité de l'anorexie sont très souvent bien délicats à préciser en termes objectifs. En dessous de quel poids est-ce grave ? Il est difficile de n'envisager la question qu'en termes de poids, encore que ce critère comporte une relative objectivité : un sujet qui pèse moins de 35 kg est évidemment en grand danger. Ce critère est cependant insuffisant pour décider de la prise en charge adéquate et de ses modalités. Pour apprécier ce qu'il en est de l'anorexie mentale du sujet, il est indispensable d'effectuer un diagnostic de structure. Il faut en effet distinguer l'anorexie hystérique et celle qui peut exister dans un contexte de psychose — le terme « anorexie » est ici employé au sens de restriction alimentaire et d'amaigrissement — de l'anorexie proprement dite que Lacan appelle « l'anorexie [...] quant au mental » [2], et que, pour plus de facilité, j'appellerai l'anorexie vraie. Ce n'est pas que les autres anorexies soient fausses, mais elles sont incluses dans une problématique à traiter en elle-même. Je pense pour ma part que l'anorexie en tant que telle doit conserver son individualité et être soigneusement distinguée des psychoses, qui peuvent présenter un symptôme anorexique, et des problématiques hystériques, qui peuvent aussi avoir à connaître des restrictions alimentaires importantes, surtout dans nos sociétés.

La découverte de l'anorexie

Le premier qui a décrit l'anorexie mentale est un médecin français, Charles Lasègue, qui publie en 1873 la description de l'anorexie mentale de la jeune fille dans les Archives générales de médecine d'avril 1873 [3]. Il parle « d'anorexie hystérique » [4], ce terme visant, pour la première fois, à mettre en relief, les causes psychologiques d'une détérioration de l'état physique. C'est une première, à ce moment de l'histoire de la médecine, car l'on avait tendance à penser qu'il devait y avoir une cause organique cérébrale, c'est-à-dire une cause endocrinienne, à cet état de dénutrition. Malgré de nombreux travaux, on le pensera très longtemps, tant et si bien qu'il n'est pas rare que les services d'endocrinologie reçoivent encore des anorexiques ; précisons- que les troubles endocriniens sont effectivement la conséquence de l'anorexie même s'ils n'en sont pas la cause. Les termes du tableau clinique de Lasègue sont devenus fameux : il décrit très bien l'« atmosphère » de prières et de menaces qui règne dans la famille autour de ces jeunes filles, et qui alterne entre : *Je te supplie de manger* et *Je te menace de sévices, de punitions, de remontrances si tu ne manges pas*. Lasègue décrit aussi très bien l'inefficacité des remontrances (celles du médecin

notamment), de l'appel à la raison, comme celle des « médicaments, des conseils amicaux, [...] de l'intimidation », et il pose que, malgré sa cause psychologique, cette affection peut avoir une issue fatale. « Malheur au médecin » — dit-il — qui en méconnaîtrait le péril et la traiterait comme une « fantaisie sans portée » [5]. Il inclut sa description dans le tableau de l'hystérie, c'est-à-dire dans le cadre des affections psychogènes.

On pense souvent que Lasègue est le premier à avoir prôné l'isolement comme traitement de l'anorexie. C'est une erreur. Il s'agit en fait de Jean Martin Charcot qui, sept ans après, en 1885, donne une leçon clinique qui s'appelle « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie » [6]. Dans son article, il expose d'une façon très vivante le traitement d'une jeune anorexique d'Angoulême. Consulté sur le cas, il avait préconisé une hospitalisation avec séparation de la famille. Quelques semaines plus tard, un confrère l'appelle à la rescousse, car l'état de cachexie très avancé, dramatique, de la jeune fille ne fait qu'empirer malgré l'hospitalisation et une issue fatale est redoutée à très court terme. Les parents étant jusque-là « résolus à ne pas se séparer de leur enfant », Charcot souligne alors que « l'élément principal, la condition sine qua non de [sa] prescription [a été] méconnue » [7]. Il relate ensuite son entretien avec les parents et comment il tente de les convaincre qu'ils doivent s'éloigner au plus vite — ou faire semblant de s'éloigner, l'essentiel étant que la jeune fille pense qu'ils sont partis — pour qu'elle guérisse. C'est là l'intuition du grand clinicien. Charcot insiste sur ses difficultés à obtenir leur consentement, le père ne pouvant « pas comprendre qu'un médecin pût exiger qu'un père s'éloignât de son enfant au moment du danger ». C'est la mère qui cède d'abord, suivie par le père qui part « en *maugréant* et n'ayant [...] qu'une faible confiance dans le succès ». Une fois l'« isolement [...] constitué, les résultats [sont] rapides et merveilleux. [...] Le soir même, malgré sa répugnance, elle [consent] à prendre la moitié d'un biscuit trempé dans du vin. Les jours suivants, elle [prend] un peu de lait, de vin, de bouillon, un peu de viande : l'alimentation se [fait], progressive, mais lente » [8]. En un mois, la patiente est sur pied, ses forces sont revenues et la fillette interrogée par Charcot lui fait cette réponse qui se transmettra ensuite dans la médecine : « Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, en d'autres termes, tant que vous n'avez pas triomphé — car je savais que vous vouliez me faire enfermer —, j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et, comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. *Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur*, et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger et cela est venu peu à peu ». Charcot remercie la jeune fille de ses confidences, si riches d'enseignement.

Depuis, l'isolement est resté le traitement de référence dans l'anorexie mentale, même s'il est appliqué de façon variable, sans véritable interrogation sur ce qu'il signifie. C'est une question essentielle à notre sujet : pourquoi finalement l'isolement, la séparation et le placement en institution ont-ils un effet si favorable ? Car je constate depuis longtemps le même effet dans ma pratique auprès des sujets anorexiques. Est-il possible d'éclairer ce point ? Nous allons voir qu'il faudra pour cela se tourner vers la psychanalyse, la psychiatrie contemporaine restant, à l'inverse de la psychiatrie classique, muette.

L'anorexie dans nos sociétés occidentales

Le peu de place que tient l'anorexie mentale dans le Manuel de psychiatrie d'Henry Ey de 1970 [9] — deux pages sur un volume qui en comporte 1200 — est remarquable. Ces pages — dans lesquelles la préoccupation essentielle est encore, malgré les avancées de la science depuis plusieurs décennies, de ne pas passer à côté d'une origine endocrinienne — restent floues quant à la prise en charge et se bornent à rappeler l'isolement. Le problème n'est manifestement pas d'actualité en psychiatrie.

Quarante ans plus tard, la question dans nos sociétés se pose très différemment puisque l'anorexie vraie et l'anorexie hystérique augmentent, leurs formes graves aussi, en même temps que les critères esthétiques de minceur sont particulièrement présents et impérieux dans nos sociétés. Chaque année en France, plusieurs centaines de jeunes filles meurent d'anorexie. C'est l'un des aspects de la question : la fréquence de ces symptômes varie selon les sociétés et Lacan avançait que ces évolutions pouvaient correspondre à des changements d'époque. Il prenait l'exemple des anorexies saintes que l'on a vu se répandre à travers l'Europe entre le XIIIe et le XVe siècle. Le

problème était alors théologique et non médical, on ne parlait pas d'anorexie — l'emploi du terme se fait par extension rétroactive. Il s'agissait de jeunes filles en proie à la passion du Christ et la question théologique était de savoir si, alors qu'elles pouvaient survivre en ne mangeant rien, il fallait y voir l'oeuvre de Dieu ou bien celle du Diable. La question a été très importante. Lacan a formulé l'hypothèse selon laquelle le passage de l'amour courtois — qui donnait aux femmes une place dans le désir — à l'amour chrétien — qui les délogeait de cette place dans le désir pour les renvoyer à un au-delà du Christ et de sa souffrance — en aurait été la cause. La souffrance du Christ, enveloppant en quelque sorte la sexualité féminine, a probablement été à l'origine de ces épidémies saintes qui se sont répandues en même temps que la chrétienté en Europe.

Différente est évidemment la cause de ce à quoi nos sociétés assistent actuellement. L'augmentation du nombre d'anorexiques dans les pays occidentaux est très forte depuis les années soixante-dix ; elle touche peu ou pas les pays africains et asiatiques, à l'exception de rares cas publiés concernant des jeunes filles très occidentalises, dont les parents le sont également, ou bien qui font des séjours en Occident — des études à Londres par exemple.

Pour résumer, ce n'est plus la religion mais la médecine que l'anorexie mentale met maintenant en difficulté. Les jeunes filles d'antan ont été canonisées — telle Catherine de Sienne^[10] quelque temps après sa mort. Désormais, la question ne se pose plus dans ces termes.

L'anorexie est donc une question pour la médecine, la psychiatrie et la psychanalyse ainsi que pour les pouvoirs publics, c'est-à-dire pour l'épidémiologie médicale : c'est un problème aussi bien de santé publique. Elle met en difficulté les spécialistes car personne ne sait vraiment comment les soigner.

La médecine intervient en général quand la cachexie est avancée et que la question de la réanimation se pose. Il s'agit à ce moment-là de traitement par alimentation entérale — par sonde dans l'estomac — et le nombre de décès est tel que la médecine commence à évaluer les traitements de l'anorexie mentale par nutrition entérale discontinuée, c'est-à-dire en alternant une alimentation orale et une alimentation par sonde. Selon certaines études, cette technique n'aurait pas un effet catastrophique sur la psychologie de ces jeunes filles et pourrait faciliter la reprise d'une alimentation normale. Il s'agit ici d'hospitalisations longues, autour de cinq mois dans les exemples donnés. Ainsi, au début d'un article qui rend compte d'un travail réalisé au CHU Bichat-Claude Bernard à Paris ^[11], Daniel Rigault, Anne Thérèse Poupard, Alain Boulier, Michel Mignon font observer que, quinze ans après le début de la prise en charge, le taux de décès est de 10 %, ce qui fait équivaloir cette maladie aux maladies les plus graves.

Une autre modalité de traitement repose sur les techniques cognitivo-comportementalistes. Un contrat, défini avec la jeune fille, régira le déroulement de l'hospitalisation. Quand elle aura pris tant de poids, elle aura le droit de regarder la télévision avec ses camarades ; quand elle en aura pris un peu plus, elle aura droit à une visite de sa mère ; quand elle sera à 45 kg, elle pourra aller passer un week-end chez elle, etc. C'est un système de conditionnement positif. L'offensive des TCC — thérapies cognitivo-comportementales — a permis que cette technique vienne se loger dans le vide de la psychiatrie actuelle et la difficulté qui est la sienne alors qu'elle s'est beaucoup orientée vers les traitements médicamenteux dans les trois dernières décennies. Les médicaments sont en effet quasiment inactifs dans l'anorexie mentale : les antidépresseurs et les neuroleptiques sont sans effet tant sur le tableau psychologique de la jeune fille que sur le poids.

Qu'en est-il de la cure analytique ? La cure analytique classique suppose qu'un sujet puisse se rendre régulièrement à un rendez-vous et que son usage de la parole ne vienne pas redoubler un déni de la réalité à l'oeuvre chez lui. Lorsque l'anorexie mentale proprement dite est constituée, il est rare que la cure analytique puisse être mise en place d'emblée. Quand les patientes demandent une analyse, cela arrive, c'est en général parce que la tension monte dans la famille et que l'hospitalisation est évoquée. Pour éviter celle-ci, la jeune fille fait alors mine d'accepter l'idée d'une cure analytique. Toute la difficulté est d'évaluer, souvent dès le premier entretien, si l'état de la patiente peut relever d'une cure analytique ou bien s'il faut prescrire une hospitalisation. C'est seulement dans le temps suivant qu'une cure analytique pourra commencer, telle est la règle générale dans l'anorexie vraie. J'ai publié un cas qui

semblait dire le contraire[12]. Il s'agissait d'une jeune fille originaire de Normandie qui pesait 35 kg. À l'issue d'un long séjour en foyer thérapeutique, on lui avait trouvé un studio, donné une pension d'adulte handicapé et mon nom sur un petit bout de papier. Elle a guéri relativement vite, en trois ou quatre ans, alors qu'elle était malade depuis plus de dix ans. Ce cas m'avait permis de constater l'efficacité de l'interprétation analytique quand elle ne porte pas sur le versant du sens du symptôme, mais sur le versant de l'objet, soit une interprétation visant le hors sens du symptôme. En début de cure, la jeune fille était arrivée avec des recettes de cuisine d'aliments surgelés dans de grands sacs en plastiques. J'avais refusé de les lui rendre à la fin d'une séance, acte qui s'est avéré opératoire : elle avait saisi qu'il n'y a pas de recette pour le désir. C'est ce cas qui m'a encouragée à poursuivre la prise en charge de jeunes filles anorexiques et à réfléchir aux modalités du traitement dans le service d'hospitalisation dont je m'occupe. Depuis, j'y ai accueilli une trentaine de patientes, ce qui a constitué la base d'un travail qui se poursuit.

Différenciation selon les structures cliniques

Mon expérience ultérieure n'a fait que confirmer la nécessité absolue de procéder à un diagnostic de structure en ce qui concerne l'anorexie mentale, comme préliminaire à toute prise en charge.

L'hystérie

L'anorexie hystérique n'a le plus souvent pas besoin d'être hospitalisée. Il s'agit d'une jeune fille qui est mince, maigre parfois, mais qui, en tant que telle, prend pour l'autre, par ce biais, une valeur phallique. Elle a compris que sa maigreur la rendait appropriée, dans nos sociétés, au désir de l'homme.

La dialectique sous-jacente à la problématique de l'anorexie hystérique peut s'appréhender à partir d'un exemple célèbre de Freud, celui du rêve de la belle bouchère, que Lacan reprend à plusieurs reprises dans son enseignement pour faire valoir la question du désir insatisfait. Jacques-Alain Miller avait démontré l'intérêt clinique de cette dialectique[13]. Il faut à l'hystérique un désir insatisfait. Voici le récit du rêve de la belle bouchère rapporté par Freud : « Je veux donner un dîner. Mais il ne me reste qu'un peu de saumon fumé. Je me mets en tête de faire le marché, quand je me rappelle que c'est dimanche après-midi et que tous les magasins sont fermés. Je me dis que je vais appeler au téléphone chez quelques fournisseurs. Mais le téléphone est en dérangement. Ainsi il me faut renoncer à mon désir de donner un dîner. » [14] Comme Freud venait d'expliquer à sa patiente que le rêve est la réalisation d'un désir, on peut supposer que, avec ce petit rêve, elle est arrivée tout à fait victorieuse à la séance suivante. Elle avait beau essayer de faire plaisir à son psychanalyste, son rêve à elle venait contredire la théorie freudienne : elle ne parvenait pas, dans ce rêve, à réaliser son désir de donner un dîner. Or Freud trouve, dans son analyse de nombreux désirs à l'oeuvre dans ce rêve, notamment celui de ne pas engraisser son amie un peu maigre — voilà l'anorexique du cas — et à laquelle s'intéresse justement le mari de la patiente.

Il faut se reporter au texte de Lacan « La direction de la cure... » dans lequel il commente le rêve en question [15] pour saisir que le saumon — il ne reste qu'un peu de saumon dans le récit du rêve — a un double statut : il vient à la place du caviar pour la patiente. La patiente a, en effet, une attitude particulière à l'égard du caviar : elle a demandé à son mari qu'elle aime beaucoup et avec qui elle s'entend très bien de ne pas satisfaire ses éventuelles demandes de caviar. Freud, qui connaît l'amie de sa patiente sait qu'elle-même se conduit ainsi à l'égard du saumon. Aussi sa patiente a-t-elle demandé à être privée de caviar, privation qui lui permet de jouer à faire des reproches à son mari. Ce caviar est propice à montrer ce qu'est le manque-à-être. Le manque-à-être — il s'agit ici du manque à être mangé du caviar : il n'est pas mangé puisqu'elle s'en prive — est le lieu où s'origine le désir que Lacan définit à ce moment-là comme métonymie du manque-à-être. Le référent de cette dialectique est le phallus, magnifiquement symbolisé par le saumon manquant. La question de la belle bouchère est d'ailleurs la suivante : comment être appropriée au désir de l'autre ?

Pour résumer, la clinique de l'anorexie hystérique est la clinique de l'hystérie, c'est-à-dire la clinique du phallus, alors que la clinique de l'anorexie mentale vraie, comme la clinique de la psychose, est une clinique de l'objet.

La psychose

Dans la psychose, l'anorexie, l'amaigrissement — il est souvent très difficile de déterminer l'origine de l'amaigrissement dans la psychose — peut, selon la psychiatrie classique, s'observer dans différents tableaux cliniques dont le premier est celui de la mélancolie. Cela paraît moins fréquent de nos jours, peut-être parce que les mélancolies sont traitées plus tôt. Elles n'évoluent donc pas sur des périodes aussi longues qu'au XIXe siècle. L'anorexie est aussi patente dans le délire d'empoisonnement dont on a tort de croire qu'il a disparu. Il est actuellement beaucoup plus répandu qu'on ne le pense, car il n'a plus la forme du délire d'empoisonnement paranoïaque pur. Dans nos sociétés occidentales, faisant extrêmement attention à ce qu'il mange et se méfiant au plus haut point de l'objet nourriture tellement modifié par le capitalisme et l'industrie alimentaire, tout un chacun est devenu paranoïaque vis-à-vis de la nourriture. On voit donc se répandre une méfiance que l'on pourrait dire paranoïaque vis-à-vis de l'objet oral en général. Les hypocondries délirantes peuvent aussi entraîner des restrictions alimentaires importantes. On relève également dans les débuts de la schizophrénie — ce sont alors des jeunes filles de seize, dix-sept ans — des amaigrissements importants. Dans ces cas-là, l'établissement du diagnostic est crucial, car le traitement neuroleptique va en général atténuer la souffrance inhérente à la psychose proprement dite et alléger l'effet du délire sur le corps.

Il arrive que le diagnostic soit délicat et éclairé par l'aveu d'une structure interprétative délirante chez une jeune fille qui se présente a priori comme une anorexie vraie. Cela m'est arrivé l'an dernier, quinze jours après le début de l'hospitalisation de la jeune fille et de façon tout à fait inattendue. Elle rapportait un souvenir d'enfance dans une classe, à l'école. Il s'agit d'une scène très imaginarisée. Elle est assise à une petite table, face à sa maîtresse, une psychologue se tient dans l'embrasure de la porte ; dans une alternance où transparait un battement subjectif pour la patiente, elle a le souvenir que cette porte a été ouverte, puis fermée. La jeune fille avait déjà, bien compris, dit-elle, à cet âge-là — qu'elle situe à trois ans — qu'elle allait être d'une certaine manière abusée. Elle décrira, par la suite, de grandes difficultés de relation avec les psychologues en général et, avec les médecins, suspectés d'alliance avec les psychologues. Évidemment, en présence d'une telle matrice interprétative, il faut resituer dans le temps l'amaigrissement — important dans ce cas, mais ayant débuté dix ans auparavant, ce qui est déjà un signe un peu particulier chez une jeune fille qui en a vingt-deux. Il faut donc d'abord préciser la place de l'anorexie dans le contexte de la psychose et traiter celle-ci avant d'envisager le traitement du symptôme anorexique.

Évoquons aussi ce sujet masculin que j'ai rencontré il y a vingt ans et que je reçois toujours. Dans ma pratique, il s'agit du seul homme anorexique que j'ai suivi. Ce garçon de 1 m 70 pesait 35 kg quand il s'est adressé à moi. J'ai été amenée à l'hospitaliser dès le lendemain en réanimation parce qu'il présentait un ictère de dénutrition, syndrome décrit dans les livres et qui s'observe parfois. Après un mois en réanimation, il est venu effectuer un assez long séjour à la clinique où il s'est agi de traiter une paranoïa tout à fait constituée, délirante, à thèmes de persécution et d'empoisonnement, parfaitement stabilisée depuis vingt ans. Ne persiste qu'une bizarrerie alimentaire : il ne boit qu'un seul thé, celui que boit la reine d'Angleterre.

L'anorexie mentale vraie et la clinique de l'objet

L'anorexie mentale vraie n'est donc pas une clinique du phallus, il s'agit d'une clinique de l'objet. Qu'est-ce que l'objet en psychanalyse ? C'est dans les relations de la mère et de l'enfant que l'objet a été décrit par Freud, puis par les postfreudiens, comme étant ce à quoi l'enfant a rapport dans les premiers temps de la vie. L'enfant n'a, en effet, pas rapport à la mère comme totale mais seulement de manière partielle, d'abord sous la forme du sein. Il aura ensuite rapport à l'objet anal quand la demande changera de statut, puisqu'il est dans le langage et qu'il passera de la demande à l'autre — la demande de nourriture est une demande à l'autre — à la demande de l'autre, celle que l'autre lui adresse en lui demandant de devenir propre, et qui entraînera une mutation subjective. À la série des objets freudiens — l'objet anal et l'objet oral —, Lacan va ajouter le regard et la voix, ainsi que, prélevé dans la clinique de l'anorexie mentale, l'objet rien.

La problématique de l'anorexie mentale est en effet loin d'être absente des préoccupations de Lacan. Les références dans son enseignement n'y sont pas très nombreuses mais constantes et extrêmement précieuse[16]. C'est pour répondre à la question posée par l'anorexique qu'il élève le rien à la dignité d'un objet. Il s'avère ici nécessaire de distinguer le rien du manque. La belle bouchère, pour reprendre cet exemple, qui illustre bien le registre du manque, ne veut pas de caviar : elle veut que son mari la prive de caviar. Elle a un désir de manque ; elle veut un manque pour appuyer son désir, pour continuer à désirer. Ceci est à différencier du désir de rien qui fait que l'anorexique, selon la définition de Lacan, est celle qui mange rien. Pas de double négation dans cette formule de Lacan : l'anorexique n'est pas celle qui ne mange rien, elle est celle qui mange rien[17] ; elle mange le rien.

Ces objets qui causent le désir sont le référent du discours. On pourrait donc penser que, dans l'anorexie mentale, il s'agit de l'objet oral. Freud avait souligné l'importance prise par cet objet dans la relation mère-enfant, l'importance de la nourriture apaisante. Dans son Séminaire La Relation d'objet, Lacan montre que, du fait du langage, la problématique devient plus complexe. La mère est effectivement celle qui satisfait les besoins de l'enfant. Or, ce faisant, en tant qu'être parlant, elle symbolise un don, relève Lacan[18]. Un être parlant ne peut pas donner à manger à un autre sans symboliser un don, un don d'amour qui fait passer en arrière-plan l'objet du besoin. Devant le « j'ai faim », l'objet qui viendrait compléter le manque est perdu de par cette transformation de l'objet nourriture en don d'amour. Il est perdu très tôt et de façon définitive ; il ne peut pas être retrouvé.

C'est pour cela que j'évoquais précédemment les difficultés corrélées au capitalisme. Celles-ci sont doubles : d'une part, parce qu'y sont produits des objets à manger qui ne sont pas sans danger pour les êtres humains, d'autre part, parce que rien ne permet de discerner d'emblée ou « naturellement » ce qui serait bon et ce qui ne l'est pas. De plus, nous n'avons plus de lien avec ce que serait réellement un objet que nous aurions besoin d'ingérer. Nous ne pressentons pas que nous avons besoin de calcium ou de protides. En tant qu'êtres parlants, nous avons définitivement perdu un rapport direct à l'objet du besoin que les bêtes sauvages peuvent avoir, du moins peut-on supposer. Quant aux animaux domestiques, ils ont également perdu ce rapport naturel à l'objet du besoin puisque, comme nous, ils sont soumis au langage. C'est pourquoi certains sont trop gros ou trop maigres, phénomènes que l'on n'observe pas chez les bêtes sauvages : ou bien elles sont vivantes, parce qu'il y a à manger, ou bien elles meurent, parce qu'il n'y a plus rien à manger, dans le désert par exemple.

L'objet du besoin est donc perdu pour faire place au don d'amour. De sorte que la mère — et ceci est très important pour l'anorexie — devient alors la puissance, dit Lacan, qui peut ou pas faire don de son amour. Le plus souvent, c'est une puissance favorable, qui pourra ultérieurement devenir la matrice du sentiment d'être né sous une bonne étoile ou d'une providence qui préside au destin ; ce n'est pas forcément toujours le cas. Mais surtout, la mère est celle qui est en puissance de répondre, c'est-à-dire qu'elle peut aussi bien se transformer en puissance de ne pas répondre. Que se passerait-il si elle ne répondait pas ? Ce qui est fondamental et sur quoi insiste Lacan dans cette analyse, c'est que, dans l'anorexie mentale, le sujet parvient à renverser la situation et à s'approprier cette puissance, en mangeant rien, en mangeant le rien, selon l'expression de Lacan. Par son refus de manger, le sujet anorexique rend sa mère dépendante de lui et non plus l'inverse[19]. Par la puissance de son refus, c'est lui qui a désormais barre sur l'Autre [20]. En tant que cliniciens, ce à quoi nous sommes confrontés quand nous rencontrons l'anorexique, c'est bien à la puissance de ce refus. L'importance de l'angoisse de l'Autre, déjà évoquée, indique que l'anorexie, contrairement à ce que l'on pourrait croire, est une clinique de l'angoisse, mais sous cette forme particulière de l'angoisse de l'Autre. Cette angoisse de l'Autre est corrélée logiquement au refus et à l'absence d'angoisse chez l'anorexique. La leçon de Charcot en témoignait : la mère, le père, ceux qui s'occupent de la jeune patiente et qui essaient de la décider à manger, ne peuvent la quitter. Charcot note cela très simplement avec son talent de clinicien. S'il a beaucoup de mal à convaincre les parents de partir, c'est parce qu'ils sont dépendants de leur fille.

Ainsi l'anorexique devient-elle un objet d'angoisse pour l'Autre en se posant comme un objet impossible à nourrir. Une autre conséquence, très importante du point de vue de la prise en charge institutionnelle, est que cette position d'objet la met hors discours. Il ne s'agit pas du hors-discours de la psychose, mais du rapport à l'objet. Cette position

hors-discours peut se manifester dans la clinique par un mutisme anorexique ou des réponses très brèves qu'il faut arracher, soit une stratégie du sujet pour signifier qu'il ne demande rien et pour obtenir que ce soit le médecin, ou l'analyste selon le cas, qui soit en position de demander. Et c'est précisément ce dont il faut se garder.

Restituer au sujet son rapport à l'angoisse

La patiente peut adopter une stratégie inverse, en apparence, et bavarder sans fin au sujet de l'anorexie, des principes diététiques fondamentaux ou du bon usage des aliments. La patiente de Normandie que j'évoquais est arrivée chez moi avec de multiples théories sur l'anorexie mentale. Elle avait beaucoup lu et entendu de nombreuses interprétations sur son état et semblait décidée à occuper les séances par le récit de ces différentes thèses. Ce discours creux se nourrissait de sens et d'explications pendant que la patiente continuait de dépérir.

Le sujet est, de fait, désarrimé du discours et les bonnes résolutions qu'il peut proférer sont sans valeur : il mangera demain, un avenir radieux s'annonce à lui grâce à ses bonnes intentions, sa volonté de faire plaisir à ses parents, la prise de conscience de les faire beaucoup souffrir... Tout cela ne fait que témoigner d'un hors-discours de fait et non de structure. Ce hors-discours n'est d'ailleurs pas sans rapport avec la pente au suicide, assez fréquente chez ceux qui s'affament. Rappelons que Lacan qualifie l'anorexie, dans son texte « Les complexes familiaux... », de « forme extrême de suicide différé ».

Cette position hors-discours, lorsqu'elle est établie, constitue une impossibilité à la mise en place de la psychanalyse, au sens de cure analytique en ambulatoire. Il s'agit, en revanche, d'une indication d'hospitalisation, avec isolement, aurait dit Charcot. L'isolement trouve effectivement là toute sa valeur. La cure suppose un sujet qui s'engage dans sa parole. Or, pour l'anorexique, à ce stade de son évolution, la parole n'est rien. Celle-ci est réduite à une valence de l'objet oral, dès lors contaminée par le rien. Elle est vomie. De façon tout à fait spectaculaire, surprenante tant pour le clinicien que pour le sujet lui-même, seule une hospitalisation longue et bien conduite permettra au contraire de retrouver un rapport authentique à la parole et, dans la plupart des cas, l'émergence ultérieure d'une demande de psychothérapie ou d'analyse dans de très bonnes conditions.

Le temps et la prise en charge

Le facteur temps influe sur les modalités de la prise en charge : ce qui est approprié à un moment donné, ne l'est pas à un autre. La réponse à apporter en chaque cas diffère donc selon la structure clinique d'une part, et selon la position du sujet par rapport à sa problématique d'autre part. Il faut parvenir à inverser la position de la patiente quant à son symptôme. Bien que Lacan réserve plutôt cette expression pour l'hystérie, il s'agit de rectifier les rapports du sujet avec le réel. Il s'agit tout au moins de rectifier les rapports du sujet avec l'Autre, et il est pour cela nécessaire que le médecin, l'analyste, le psychologue... ne soit pas angoissé. On mesure l'importance de la formation analytique du médecin et du psychologue pour qu'il puisse parvenir à faire face au problème et à apprécier correctement la situation. Il faut bien évaluer ce dont il s'agit et se départir de l'idée selon laquelle la petite jeune fille va mourir dans l'heure. Si l'on pense qu'elle va mourir, il faut l'envoyer en réanimation.

L'année dernière, j'ai été sollicitée pour une jeune femme d'une trentaine d'années, amenée en consultation par ses parents. Sur les conseils d'un ami médecin, ils venaient me rencontrer pour un entretien de préadmission, dans mon service, un service de psychiatrie donc : après avoir fait en sorte de ne recevoir aucune visite pendant un an, alléguant des fâcheries successives avec sa famille et ses amis, la jeune femme avait été trouvée par ses parents — qui avaient forcé sa porte — dans un grave état de cachexie. Jugeant une réanimation d'urgence nécessaire, j'ai refusé l'hospitalisation en psychiatrie. La patiente est effectivement tombée dans le coma quelques heures plus tard et a été hospitalisée en réanimation comme je l'avais indiqué. Les marges temporelles sont parfois fort étroites. Nous avons probablement affaire à une psychose étant donné la stratégie déployée par la jeune femme pour éloigner son entourage durant plusieurs mois alors qu'elle était en train de dépérir.

Il faut donc bien s'assurer d'abord qu'une prise en charge par la parole est possible et que, malgré l'amaigrissement

prononcé, une petite marge de manœuvre existe qui permet ce type de prise en charge.

À ce moment-là, inverser les perspectives subjectives de la patiente requiert que le médecin soit en position de rien demander. Ce n'est pas lui qui demande, et surtout pas à l'anorexique, de manger. Il faut que, d'une certaine manière, la puissance précédemment évoquée vienne à s'incarner du côté du thérapeute. Y compris d'ailleurs la puissance du refus, telle est en effet la manière dont, le plus souvent, la jeune fille interprétera le refus d'une permission par exemple. Le récit de Charcot montre bien l'espèce de délégation de puissance qui s'est opérée dans le commentaire articulé par la jeune fille : « Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur. » Cette peur, c'est un point d'angoisse qui émerge : la patiente commence à s'angoisser. C'est toujours à partir du moment où l'angoisse repasse de leur côté que ces jeunes filles se remettent à manger. L'émergence de cette angoisse est le plus souvent corrélée à une reprise de l'activité onirique.

Il faut aussi obtenir que les intervenants du service soient avars, pas tant de paroles que de significations : pas d'interprétations signifiantes jusqu'à ce que le sujet ait modifié sa position. Cela prend du temps mais ne manque jamais de se produire. Faute de quoi, on participe à la dévaluation de la parole et on laisse penser au sujet qu'on méconnaît le réel du symptôme. Une atmosphère de « neutralité bienveillante » est requise, avec un niveau d'angoisse le plus bas possible autour de la patiente.

Le sans limite anorexique

Au-delà du rien, l'Autre auquel le sujet anorexique s'adresse revêt souvent la figure de la mort. Cette structure de l'au-delà est d'ailleurs particulièrement mise en valeur dans l'anorexie mystique. En quelque sorte, l'anorexique se place en position d'Autre. Un Autre illimité, un Autre qui ne connaît aucune limite. L'amaigrissement est sans limite. La patiente ne connaît pas les limites du corps que sont la faim et le sommeil. En termes freudiens, elle ne connaît pas les limites du principe de plaisir, qui font tendre vers un minimum de tension psychique : ni trop de plaisir ni trop de déplaisir. Elle est très au-delà du principe de plaisir. Et c'est précisément à ce sans limite que le clinicien est confronté dans la prise en charge des anorexiques, dans tous les cas.

En permettant le repérage de cette position du sujet, c'est donc la psychanalyse qui est la plus appropriée pour répondre à la question et au problème posés par l'anorexique.

La psychanalyse, en tant qu'elle offre des outils conceptuels permettant de penser la relation du sujet à l'Autre et à l'objet, et de définir la position à prendre en fonction de ces paramètres, englobe donc un espace thérapeutique plus vaste que la cure analytique proprement dite.

Pour faire face au sans limite anorexique, l'une des façons de faire que nous avons adoptée est de ne poser aucune limite temporelle à l'hospitalisation. Nous ne recevons pas une patiente anorexique pour trois ou six mois, soit un délai fixé au préalable, ou encore, ce qui revient au même, pour un délai marqué par un poids à atteindre. C'est pour « le temps qu'il faudra » que nous hospitalisons une anorexique, c'est-à-dire le temps qui lui sera nécessaire pour réintégrer une structure de discours ; le temps qu'il lui faut « pour se faire à être », pourrait-on dire avec Lacan. C'est à laisser très progressivement renaître une demande authentique qu'on laisse une chance au sujet de retrouver son énonciation. Cette évolution est parallèle à la reprise de l'alimentation et à la prise de poids qui l'accompagne mais elle se fait au rythme de chaque sujet, sans que ne s'exerce aucune pression. Sans aucun doute, c'est la raison pour laquelle aucun sujet traité n'est devenu boulimique dans la série des cas dont nous parlons ici. L'aménorrhée a toujours disparu, critère indiscutable de guérison.

Une clinique de l'angoisse au-delà du phallus

Dans sa présentation du Séminaire L'Angoisse de Jacques Lacan [21], J.-A. Miller fait valoir que l'angoisse dont il s'agit n'est pas l'angoisse de la castration. Le moins phi dit-il, est ici celui de la détumescence de l'organe, soit l'évanouissement de l'organe après l'acte sexuel. Lacan situe « le principe de l'angoisse de castration » au niveau de

l'organe dont l'OEdipe et la castration ne seront que des habillages signifiants. Le versant des coordonnées oedipiennes et leur fonction d'agent de la castration pâlisent et s'effacent. Ils ne disparaissent pas totalement mais perdent leur valeur de fondement. Ce qui est originaire, causal, c'est la détumescence de l'organe. J.-A. Miller fait valoir que cette conceptualisation comporte la base de ce qui se développera ensuite comme au-delà de l'OEdipe dans l'enseignement de Lacan, la castration pouvant « être resituée comme un cas particulier [...] de la disparition d'un organe ». Ce mouvement accentue « la fonction de la séparation ». On assiste à une certaine déchéance du phallus symbolique et à une montée au zénith de l'objet. L'angoisse se révèle ici être la voie privilégiée vers l'objet.^[22]

Dans les Séminaires antérieurs, lorsque Lacan se référait aux stades oral, anal et au génital, c'était pour souligner qu'ils s'ordonnaient rétroactivement par la signification oedipienne. Avec le Séminaire L'Angoisse, cette rétroaction se défait et nous nous approchons de l'objet a comme réel. Avec la promotion du registre du réel, nous avons affaire à une « fonction généralisée », non réductible aux coordonnées oedipiennes et à ce qui est phallique, mais qui n'en est pas moins logique voire synchronique^[23]. Aussi, s'est ouvert un champ nouveau en psychanalyse, une voie extrêmement riche qui donne chance de dépasser le roc de la castration que Freud avait posé comme butée de la cure analytique.

On saisit évidemment que la clinique de l'anorexie mentale — en tant qu'elle ne peut en aucun cas être située du côté d'une clinique phallique mais bien dans le cadre d'une clinique de l'objet — est une clinique de l'angoisse. Une clinique de l'angoisse de l'autre, dans un premier temps. Ensuite, lorsque cela commence à aller mieux, le sujet retrouve un rapport à l'angoisse. Il est donc fort salutaire de lui donner les possibilités de retrouver ce lien subjectif à son angoisse, qu'il s'inquiète un peu de son propre sort, de son état. En ce qui concerne l'anorexie vraie, ce n'est qu'à séparer le sujet de l'angoisse de l'Autre parental que l'on a quelques chances d'y parvenir.

L'anorexie n'est pas un trouble du comportement

Si les troubles du comportement existaient, il n'y a pas de doute que l'anorexie en constituerait l'exemple princeps, et, si les TCC (thérapies cognitivo-comportementales) traitaient réellement les troubles du comportement, elles traiteraient d'abord l'anorexie. Il n'en est rien et même les manuels les plus dithyrambiques sur ces techniques deviennent silencieux au sujet de l'anorexie. Tout au plus les confond-on avec la boulimie, dans une série dite des troubles de l'alimentation, ce qui noie ces patientes dans le critère quantitatif du manger trop ou trop peu. L'anorexie n'a pas de rapport avec la boulimie sauf à se méprendre sur les moyens de la prendre en charge. La boulimie est alors induite chez l'anorexique par les pressions exercées, la suggestion répétée, le poids érigé en critère ultime et dernier mot du symptôme. La prise de poids, quand elle se produit dans ces conditions, est alors vécue sur un mode catastrophique, laissant le sujet dans une solitude encore plus difficile à supporter pour lui et actualisant le risque de suicide. Gardons la définition de Lacan : l'anorexique est celle qui mange le rien.

Il est une question sous-jacente à cette clinique qui concerne l'impact de nos sociétés sur cette symptomatologie. À quel point nos sociétés encouragent-elles, favorisent-elles l'anorexie des jeunes filles ? Car il suffit de regarder la présentation des collections de haute couture à Paris ou ailleurs pour devoir admettre qu'il s'agit bien là d'un idéal qui est proposé à toute une génération : devenir mince au point de devenir transparente. L'idéal de transparence que nous avons vu se développer dans différents secteurs de nos sociétés semble s'imposer encore davantage sur le corps de ces jeunes filles qui ne trouvent pas d'espace à se représenter, sauf celui à deux dimensions du papier glacé.

À cet égard, n'est-ce pas notre société qui est anorexique ?

^[1] Carole Dewambrechies-la Sagna est psychiatre, psychanalyste, membre de l'École de la Cause freudienne. Cet article a été publié dans la Revue de la Cause freudienne n°63.

[2] Lacan J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 601.

[3] Cf. Lasègue C., « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, tome xxi, vol. i, avril 1873, p. 385-403 (article notamment republié in Lasègue C., *Écrits psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1971, p. 135-150).

[4] *Ibid.*, p. 393.

[5] *Ibid.*, p. 388-389 notamment.

[6] Cf Charcot J. M., « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie », dix-septième leçon sur les maladies du système nerveux, in *Œuvres complètes*, tome III, Paris, Le Progrès Médical I Lecrosnier et Babé, 1890, 238-252.

[7] *Ibid.*, p. 244-245.

[8] *Ibid.*, p. 246.

[9] Cf. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 3^e éd., 1970.

[10] Cf. Catherine de Sienne (sainte) : *Le livre des dialogues suivi de Lettres*, Paris, Seuil, 1953 ; *Les Oraisons*, Paris, CERF, 1992.

[11] Cf Rigaud D., Poupard A. T., Boulhier A., Mignon M., « Traitement de l'anorexie mentale par nutrition entérale de complément : suivi à 12 mois », étude réalisée dans le service de gastroentérologie et nutrition du CHU Bichat-Claude Bernard (Paris), texte disponible sur le site internet « Anorexie, boulimie : autrement » à l'adresse : <http://www.autrementasso.filmedecins/nutrition.htm>.

[12] Cf. Dewambrechies-La Sagna C., « Un cas de toxicomanie du rien », *Mental*, n° 2, mars 1996, p. 149-157.

[13] Cf Miller J.-A., « Trio de Mélo », *La Cause freudienne* n°31, *Le dire du sexe*, 1995, p. 9-19.

[14] Lacan J., note I de la page 621 des *Écrits*, op. cit. (Cette traduction diffère quelque peu de celle donnée dans Freud S., *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 133.)

[15] Cf. Lacan J., « La direction de la cure... », op. cit., p. 621-630.

[16] Cf notamment Lacan J. « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu » (1938), *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 31 & 35 ; *Le Séminaire*, livre r v , *La relation d'objet* (1956-57), Paris, Le Seuil, 1994, p. 182-187 & 346 ; *Le Séminaire*, livre v, *Les formations de l'inconscient* (1957-58), Paris, Le Seuil, 1998, p. 499 ; « La direction de la cure... », op. cit., p. 601 & 621-630 ; *Discours aux catholiques*, conférence du 10 mars 1960 à la faculté universitaire Saint-Louis de Bruxelles, in *Le Triomphe de la religion*, précédé de *Discours aux catholiques*, Paris, Le Seuil, 2005, p. 59-60 ; *Le Séminaire*, livre x, *L'angoisse* (1962-63), Paris, Le Seuil, 2004, p. 379 ; « Allocution sur les psychoses de l'enfant », *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 367 ; *Le Séminaire*, livre xi, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris, Le Seuil, 1973, p. 195 ; *Le Séminaire*, livre xv, « L'acte psychanalytique » (1967-68), leçon du 20 mars 1968, inédit ; *Le Séminaire*, livre xxi, « Les non-dupes errent » (1973-1974), leçon du 9 avril 1974, inédit.

[17] Cf notamment Lacan J., *Le Séminaire*, livre it v , *La relation d'objet*, op. cit., p. 184 & 346.

[18] Cf *ibid.*, p. 182-187.

[19] Cf *ibid.*, p. 185 & 187 notamment.

[20] La Sagna Ph., « Anorexie, la clinique du rien », *Tout ce qui ne va pas est-il un symptôme ?* cours prononcé dans le cadre de la Section clinique de Bordeaux, le 14 novembre 1997, inédit.

[21] Cf. Miller J.-A., « Introduction à la lecture du Séminaire de L'angoisse de Jacques Lacan », *La Cause freudienne*, n° 58, Paris, Navarin/Le Seuil, octobre 2004, p. 61-100.

[22] Cf *ibid.*, 85-87 & 90-91 notamment.

[23] Cf *ibid.*, p. 92-95.



École de la Cause freudienne
Association de psychanalyse reconnue d'utilité publique

© 2018-2020 ECF Paris 1, rue Huysmans - 75006 Paris, France | T:+33 01 45 49 02 68 | F:+33 01 42 84 29 76

tupeuxsavoir.net

Conception [Kiyoi websites](#)