

Hélène Cantin Dt.P.M.Ed.
Complexe de Santé Reine Elizabeth
2100, Marlowe, Suite #543
Montréal, Québec H4A 3L5

L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Résumé

L'évolution des modèles psychanalytiques a suivi assez fidèlement le mouvement régrédient qui caractérise les troubles des conduites alimentaires et plus particulièrement l'anorexie mentale. On est passé d'un modèle proche de l'hystérie, à celui d'une pathologie sévère du Moi, prenant ses racines dans la première enfance. La paranoïa comme la mélancolie ont pu servir de référence. L'accent s'est ainsi déplacé des contenus fantasmatiques et de la problématique libidinale génitale, à une pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques, mettant en échec le processus d'individuation. L'objectif de ces modèles est avant tout pragmatique. La finalité du traitement, comme ses aménagements concrets en dépendent. La référence psychanalytique doit nous aider à aménager une relation à la fois tolérable et mobilisatrice avec ses patientes. Elle doit prendre en compte les particularités de cette relation comme du fonctionnement mental de ces patientes, l'un et l'autre analogues à leur relation à la nourriture et à leur image du corps. L'évolution à long terme de ces conduites illustre l'importance du danger d'une focalisation et d'un appauvrissement de leurs capacités d'investissement dont le modèle psychanalytique doit pouvoir rendre compte. Ceci nous amène à insister sur l'intérêt des points de vue dynamique et économique et à chercher la spécificité de ces conduites agies dans les modalités de la relation d'objet, les dangers qu'elle fait peser sur l'équilibre narcissique, les particularités de la régression et les réaménagements de types pervers que représente le trouble de la conduite alimentaire, sans méconnaître les différences entre anorexie et boulimie.

MOTS CLÉS : Modèles psychanalytiques- Anorexie-Boulimie

Communication présentée au Symposium International **Les troubles de conduites alimentaires.** Paris, 17-19 avril 1991.

Tirés à part : Pr Ph. Jeammet, Service de Psychiatrie de l'Adolescent et de l'adulte Jeune, Hôpital International de l'Université de Paris, 42, boulevard Jourdan, 75674 PARIS CEDEX 14.

L'abord psychanalytique des troubles des conduites alimentaires est-il encore d'actualité? On peut se poser la question devant la multiplicité des travaux consacrés à ces troubles depuis une vingtaine d'années et leur centration sur la conduite elle-même plus que sur son sens et la personnalité sur laquelle elle survient. Il est vrai que la conduite est souvent spectaculaire, a de quoi retenir l'attention et se prête bien à une approche purement symptomatique de par son caractère envahissant et ses conséquences somatiques. Il est vrai également que la psychanalyse est volontiers assimilée à la cure psychanalytique classique et qu'on voit mal une anorexique en cure et pas davantage la plupart des boulimiques. Si la cure psychanalytique peut-être envisagée ce serait plutôt après l'abandon du trouble de comportement alimentaire proprement dit.

Dans ces conditions quelle peut être la place de la psychanalyse dans la compréhension de cette pathologie ? Pour répondre à cette question il faut prendre en compte l'évolution de la théorie psychanalytique, notamment ces trente dernières années, et ce que l'on sait actuellement des particularités du fonctionnement mental de ces patientes comme de leurs modalités relationnelles et d'aménagement de leurs investissements d'une façon générale.

L'extension hors du champ des névroses classiques de la pratique psychanalytique a contribué à modifier le cadre de la cure comme celui de la conceptualisation théorique. L'accent s'est ainsi déplacé de l'analyse des conflits liés au refoulement aux particularités de l'analyse du narcissisme ou aux modalités de la relation d'objet. En ce qui concerne l'anorexie, qui a fait l'objet de plus de travaux que la boulimie, l'abord psychanalytique a suivi un chemin semblable à celui du mouvement régressif qui caractérise ces patientes. On est ainsi passé d'une conception centrée sur le modèle de l'hystérie, insistant sur la régression orale de la génitalité et le déplacement vers le haut, à la mise en avant de la pathologie du Moi : distorsions du Moi liées aux carences

narcissiques primaires; clivage du Moi et M.Selvini a pu parler de paranoïa intra-personnelle; pathologie de l'incorporation sur un mode proche de la mélancolie...Nous ne développerons pas ces approches qui seront reprises en particulier par B. Brusset, pour nous intéresser dans le cadre de cet exposé moins aux modèles structuraux qu'aux particularités du fonctionnement mental et de la dynamique spécifique des modalités de régulation narcissique et objectale.

Tout d'abord sous l'apparente simplicité des troubles des conduites, alimentaires, liée au caractère très stéréotypé de leur expression comportementale, se cache une grande diversité et une grande complexité, comme en témoignent les interventions de ce colloque. Les troubles des conduites alimentaires occupent une position carrefour entre l'enfance et l'âge adulte, comme l'illustre leur survenue élective à l'adolescence; entre le psychique et le somatique; entre l'individuel et le social entre les deux le groupe familial dont l'importance est maintenant admise. Cette position carrefour révèle le lien probable entre ces troubles et les processus de changement: sensibilité aux changements pubertaires et à l'accès à l'autonomie; sensibilité aux changements socio-culturels; mais également impossibilité d'une expression purement psychique et représentationnelle de ces difficultés, et nécessité d'un recours à une expression agie comportementale et à une inscription corporelle.

UNE DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE DES INVESTISSEMENTS

Au-delà du caractère répétitif et stéréotypé du symptôme, les troubles des conduites alimentaires révèlent une dynamique spécifique des relations et des investissements. C'est un des apports essentiels de la psychanalyse d'avoir montré que le symptôme cache autant qu'il montre et qu'il occupe une fonction dans la dynamique psychique et l'équilibre de la personnalité. Si le décryptage du sens demande un travail prolongé et un accès aux processus inconscients qui ne peut être que progressif, l'observation des attitudes et des comportements de ces patientes montre à l'œuvre des couples d'opposés et des jeux d'équilibre entre des contraires, entre le manifeste et le latent.

Le couple antagoniste anorexie/boulimie en est l'expression la plus manifeste. Il n'y a pas d'anorexique qui ne craigne de devenir

boulimique. Même si guère plus de 50% ne le deviennent effectivement à un moment de leur évolution, les anorexiques purement restrictives vivent avec la hantise de la nourriture et la prise de poids témoignant par là de la pression que continue à exercer sur leur psyché tout ce qui a trait à la nourriture. La peur de grossir, le désir de maigrir davantage, la surveillance des calories ingérés, les tris d'aliments, les prises de laxatifs ou de diurétiques, le contrôle anxieux de leurs formes physiques, apparaissent comme autant de contre-investissements d'un désir boulimique tyrannique qui s'exprime plus directement au travers des manifestations de leur **passion** pour la nourriture : collection de recettes, fascination pour les étalages de nourriture, vol d'aliments, ingestion en cachette, volonté de nourrir les autres...

Le jeu dialectique investissement/contre-investissement est moins patent dans les conduites boulimiques. Elles laissent davantage apparaître l'abandon au désir de se remplir, mais si le Moi lutte moins dans l'anorexie, sa souffrance n'en est que plus manifeste : effondrement de l'estime de soi, affects dépressifs, idées et tentatives de suicide y sont plus fréquents. Pour bon nombre d'entre elles les mesures du contrôle du poids assurent cependant une **maîtrise** suffisante pour maintenir l'équilibre.

Les études catamnétiques sont particulièrement intéressantes car elles montrent que les enjeux pour l'avenir vont bien au-delà des symptômes proprement dits. C'est particulièrement frappant quand l'abandon complet de la conduite symptomatique dévoile le talent et révèle au grand jour les difficultés de la personnalité sous-jacente. Or l'ensemble de ces études montre, en ce qui concerne l'anorexie mentale, qu'avec un recul prolongé, au-delà de quatre ans, autour de 80% des cas, traités par des équipes spécialisées, n'ont plus de troubles du comportement alimentaire proprement dits (Jeammet 1991). Par contre plus de 50% présentent des difficultés psychiques notables qui représentent une gêne dans leur vie. Ces difficultés peuvent se regrouper autour de trois pôles préférentiels : dépressif, phobique et hypocondriaque et dans les trois cas il s'agit plus de tendances générales, même si elles peuvent être marquées et parfois invalidantes, que de syndrome en individualisés. Si l'on quitte les références nosographiques pour se placer sur le seul plan des investissements et plus particulièrement celui de la nature des relations d'objet, on

constate que ces modalités résiduelles d'investissement des anciennes anorexiques peuvent se regrouper selon deux grands types : une relation de type passionnel ou une attitude d'évitement et de retrait des investissements. Il s'agit en fait de deux modalités relationnelles en miroir qui ont en commun d'être le renversement en son contraire l'une de l'autre, avec des résultats apparemment opposés quant à la relation établie, mais en fait relevant du même type de relation d'objet. Celle-ci se caractérise par la massivité de l'engagement narcissique et la mauvaise différenciation sujet/objet qui témoignent de la prééminence de ce que nous avons appelé à la suite d'A. Green le registre de l'archaïque (Jeammet 1990). La similitude de ces modalités est d'ailleurs bien illustrée par la fréquence avec laquelle on passe de l'une à l'autre au cours du suivi au long cours de ces patientes et dans les deux sens.

Dans les deux cas, on retrouve la massivité des investissements et au niveau du fonctionnement mental, le défaut des possibilités de déplacement et donc l'absence de défenses à la fois solides et nuancées. Toute relation suivie engage massivement le Moi et compromet l'équilibre narcissique. Dans le premier cas toute menace sur la relation passionnelle d'attachement entraîne l'émergence d'un vécu persécutif à tonalité paranoïaque plus ou moins affirmée, tandis que la personnalité s'organise sur un mode sensitif plus ou moins stable. Dans le second cas, le danger des investissements se traduit, au mieux par des aménagements phobiques en général mal focalisé et extensifs, au pire par des attitudes de retrait et de désinvestissement qui peuvent conduire à un désinvestissement extensif des liens et par là à une progressive psychotisation de la relation. Le plus souvent ce retrait se stabilise sur des positions partielles de rejet activement passif des liens ou de certains liens objectaux qui nous paraissent correspondre à une probable réactivation de positions défensives de repli de type autistique secondaire établies pendant la première enfance, à l'occasion d'évènements ressentis comme traumatiques par le sujet tels que naissance d'un puîné, désinvestissement maternel brutal du fait d'une séparation ou d'une dépression.

Ainsi la chronicisation de la conduite anorexique, comme l'émergence de symptômes psychiatriques post-anorectiques, laisse voir l'importance mais aussi les particularité des troubles de la personnalité de ces

patientes et nous paraît rétrospectivement le meilleur révélateur du sens de la conduite anorexique. Ces difficultés résiduelles de l'évolution mettent à nu les ressorts de cette psychopathologie en autorisant, grâce à l'étirement dans le temps, l'expression des enjeux et des risques essentiels et en décomposant ce que la conduite anorexique rend opaque par la condensation qu'elle opère.

Ces études sur le devenir montrent clairement que le risque majeur se situe dans l'extension de la conduite anorexique à l'ensemble des investissements. Cette progressive anorexie des investissements illustre à posteriori la fonction de focalisation des conflits de la conduite anorexique, mais aussi l'étroite analogie qui existe entre la relation que l'anorexique entretient avec la nourriture, l'image de son corps, et ses investissements objectaux. La conduite anorexique comporte une dimension phobique, avec tentative de déplacement et de projection du fantasme de désir anxiogène sur un objet extérieur. On peut d'ailleurs constater, en tout cas au début de la conduite anorexique, que le développement de celle-ci permet de protéger les autres investissements de ces patientes, en particulier les investissements scolaires, qui sont en général particulièrement satisfaisants, mais aussi les investissements de la relation aux plus proches, notamment aux parents, et en particulier à la mère, préservés en apparence de toute conflictualité. C'est justement quand elles abandonnent leur conduite anorexique, notamment sous l'effet du traitement, que celle-ci perdant sa valeur focalisatrice, on va voir les conflits concerner l'ensemble de leurs autres investissements. Il est en effet remarquable de noter que cet effet de préservation, lié à la conduite de restriction de l'alimentation, perd progressivement son efficacité et que la patiente est obligée de lutter contre la permanence de son appétit, en accroissant sans cesse son anorexie et, ne se trouvant jamais assez maigre, est en même temps contrainte d'étendre ses conduites de restriction aux autres investissements, comme on le voit dans le développement de l'anorexie chronique, comme des troubles psychiques résiduels, ainsi que nous le notions précédemment.

On assiste ainsi le plus souvent à une dégradation de la phobie de grossir en un désir de minceur qui reflète le passage d'une position phobique à un mécanisme de contre-investissement par lequel le sujet

tente de réprimer et de contrôler ses désirs, en l'occurrence ce qu'on pourrait regrouper sous l'appellation globale d'appétence objectale.

C'est cette appétence qui fait retour lors de l'abandon de la conduite anorexique, plongeant les patientes dans une phrase dépressive, voire de désorganisation temporaire. C'est qu'en effet cette émergence des désirs réprimés se fait d'une façon massive, peu différenciée et peu élaboré. Ces sujets perçoivent davantage leur sentiment de vide interne, de désarroi et leur corollaire : le besoin d'un soutien extérieur, qu'un désir précis à l'égard d'une personne déterminée. L'ambivalence des sentiments, leur massivité comme leur caractère indéterminé font percevoir ceux-ci comme une menace pour la cohésion du Moi, et pour le maintien de l'identité générant un sentiment de violence et cette modalité de fonctionnement que nous qualifions d'archaïque, c'est-à-dire faite d'une confusion entre le désir, son objet et le Moi. Désirer n'est plus alors éprouvé comme un plaisir du Moi, une potentialité d'épanouissement de celui-ci dans la quête et la rencontre avec l'objet désiré, mais comme une menace de l'objet sur le Moi et comme un pouvoir conféré à l'objet. Le désir ne sert plus à soutenir et enrichir le Moi, il est devenu le cheval de Troie de l'objet au sein du Moi.

Le repérage nosographique de tels états est rendu difficile par l'absence d'organisation dominante et la coexistence de modalités défensives de niveaux très divers, en patchwork, du fait notamment du colmatage de ces positions défensives archaïques par des aménagements relationnels plus différenciés de niveau névrotique, tels par exemple qu'une couverture hystérique. La réactivation de ceux-ci est essentiellement fonction de la qualité d'étayage apportée par la relation avec les objets externes offerts par la conjoncture actuelle. Ceci explique l'extrême vulnérabilité de ces patientes aux aléas de cette conjoncture relationnelle et la survenue de mouvements dépressifs qui se caractérisent aussi bien par leur profondeur, du fait de leur immédiate résonance narcissique massive, que par leur labilité.

On retrouve là la caractéristique transnosographique de ces conduites que nous avons signalée à plusieurs reprises (Jeammet 1991), et qu'on rencontre pour l'ensemble des conduites dites addictives et pour bon nombre des troubles du comportement de l'adolescence. Aucune référence nosographique ne peut suffire à caractériser les troubles des

conduites alimentaires, même si les états-limites sont plus fréquemment cités, et encore moins à rendre compte de leur spécificité comme de leur survenue. Il en est de même pour les personnalités pathologiques dont aucune n'est spécifique de ces troubles.

Le type de personnalité et d'organisation psychique dominante qui constitue le contexte psychologique individuel sur lesquels survient le trouble de conduites alimentaires est certes important, puisqu'une partie du pronostic en dépend ainsi que les modalités de l'action thérapeutique, notamment chimiothérapique et surtout psychothérapique, mais ce n'est pas lui qui va nous éclairer sur la genèse du trouble. Il faut en chercher les raisons ailleurs. Mais où ? Nous ne pensons pas que la notion actuelle de co-morbidité soit très féconde, même si son exploration est nécessaire. L'axe de la dépression, comme celui de l'impulsivité sont intéressants à investiguer mais on en voit déjà les limites : les perspectives génétiques rapprochant ces troubles de la psychose maniaco-dépressive montrent que les formes concernées demeurent très minoritaires, tout comme les traitements anti-dépresseurs peuvent être un adjuvant utile et même nécessaire dans certains cas et à certains moments de leur parcours mais ne sauraient constituer une thérapie codifiée des troubles des conduites alimentaires. Si la problématique dépressive est centrale dans ces troubles, et devient cliniquement manifeste à certains moments voire tout au long de certaines évolutions, elle prend rarement la forme d'un syndrome dépressif majeur stricto sensu, ni même celle d'une dysthymie vraie, car le plus souvent beaucoup plus intermittente. Quand à l'impulsivité elle ne peut s'envisager que dialectiquement avec la compulsivité, présente dans de nombreuses formes, et en articulation avec les modes de gestion de la distance aux objets de désir.

**LES TROUBLES
DES CONDUITES ALIMENTAIRES :
UN ANALOGON
DES CONDUITES RELATIONNELLES**

Il nous apparaît ainsi difficile de ne pas avoir de vision globale de la personnalité de ces patientes, comme de la place et des enjeux du trouble de la conduite alimentaire dans l'aménagement et l'évolution de

cette personnalité. Ne pas le faire va dans le sens de la fonction défensive du symptôme. À ce point il nous faut différencier l'opportunité dans un but de recherche de se focaliser sur le symptôme ou tel ou tel de ses éléments, et la nécessité thérapeutique de savoir s'en dégager pour considérer ce que l'émergence de la conduite vient occulter pour réapparaître par la suite et contribuer, comme nous venons de la voir, à peser lourdement sur l'avenir de ces patients.

Le trouble des conduites alimentaires est à un moment donné de l'évolution de ces sujets l'expression des difficultés psychiques qu'ils rencontrent. Comme toute conduite il signe en même temps la souffrance du Moi, voire son débordement et sa désorganisation, mais aussi ses tentatives de réaménagement et représente de ce fait une forme d'auto-thérapie. À ce titre, il faut et il doit nous servir de guide pour comprendre la nature des difficultés qui lui ont donné naissance. Il doit exister une analogie entre la relation que ces patientes entretiennent avec la nourriture et leur corps propre et leurs relations d'objet ainsi que leur modalités d'investissement en général. La pratique de relations suivies, notamment psychothérapeutiques avec elles le confirme.

La relation à l'alimentation est ainsi le prototype de l'ensemble des relations. Celles-ci sont faites d'une lutte active contre un désir de s'approprier ce qui manque, un désir de se remplir sans restriction, désir contre lequel les anorexiques luttent par la conduite opposée de privation, de ce qui, en fait, leur fait le plus envie, comme nous le soulignons précédemment.

On connaît également la propension de ce type de patients à ne pouvoir s'accorder des plaisirs et des satisfactions qu'en cachette, par derrière et à l'insu de leur entourage. On peut comprendre ainsi leur facilité à voler, notamment leur nourriture, mais pas seulement, ainsi que le fait qu'elles réalisent leur accès boulimiques en cachette, secrètement. Il faut voir, bien au-delà d'un problème moral, la conséquence de cette difficulté à s'autoriser à avoir leur espace propre. En écho aux fantasmes inconscient d'un désir boulimique qui les conduirait à tout avaler et à être grosses de toutes leurs aspirations, à l'opposé, elles se font le plus petites possible et n'expriment l'ampleur de leur idéal que par l'intensité, la force de leur volonté de contrôle et de privation, tandis

que leur amaigrissement les amène à se rétrécir sur elles-mêmes, à se faire en quelque sorte l'ombre de la mère.

Toute relation est en effet vécue non pas sur le mode de l'échange, mais sur celui du vol réciproque. Pour elles, se rapprocher de la mère dans un mouvement identificatoire, ce n'est pas devenir comme la mère, c'est se substituer à celle-ci et, il faut bien dire que ce fantasme prend d'autant plus de poids qu'il entre en résonance avec la complicité incestueuse et en deçà de l'inceste, la complicité narcissique d'un ou des deux parents. Le plaisir est ainsi fui comme un effet du pouvoir de l'objet sur elles et il ne peut être pris, quand il l'est, qu'en cachette, par derrière, avec toutes les connotations de ce terme. Le seul moyen d'échapper à l'emprise du regard maternel c'est en effet de réaliser ses plaisirs par derrière. C'est cette peur de l'objet, et plus encore du besoin qu'elles peuvent avoir de cet objet, qui les conduit à avoir souvent une relation préférentielle pour toutes les thérapies qui les dispensent d'une relation d'investissement avec l'autre, c'est-à-dire les techniques d'autothérapie ou les thérapies de groupe, dans une relation de miroir, qui évite pour partie les relations d'envie et les phénomènes d'appétence objectale. On peut d'ailleurs remarquer que c'est souvent la perte d'une relation avec une sorte de double, en tout cas une relation d'étayage narcissique, qui précipite l'entrée dans la conduite anorexique. C'est notamment le cas quand un frère ou une sœur, qui a tenu ce rôle de complétude narcissique, commence à mener sa vie de son côté, notamment sur le plan affectif. Cette rupture de la relation privilégiée renvoie la patiente à son incomplétude et la soumet brutalement à la violence de ses envies et de ses désirs réprimés qui l'affolent et la conduisent à réaménager une relation d'emprise par le biais de la conduite anorexique. C'est qu'en effet la perte de cette complétude est ressentie comme une libération de la violence de leurs appétits, qui les fait se sentir comme un ogre qui aurait envie de tout avaler et percevoir ce désir comme un danger d'être à son tour absorbé par l'autre ou de détruire celui-ci.

Le trouble du comportement alimentaire représente un substitut objectal dont la perte pourrait plonger ces patientes dans une situation d'effondrement. Mais il faut bien comprendre que ce risque, représenté par l'abandon à l'objet, se retrouve au niveau interne dans les modalités même de leur fonctionnement psychique. En Effet, se

permettre un travail d'intériorisation, et même se laisser aller à une activité associative, c'est s'abandonner au surgissement de l'inconnu et se confronter inévitablement au risque dépressif. Les anorexiques s'en défendent mieux que les boulimiques. Elles ont la possibilité de se prouver par leur attitude que l'objet ne saurait leur manquer puisqu'elles ne manquent de rien car elles sont plus fortes que leurs besoins comme le prouve le fait qu'elles sont capables de tirer satisfaction de la non satisfactions de leurs besoins. C'est ce lien avec leurs émotions ainsi réprimées en tant qu'elles les renverraient au lien objectal dangereux que le travail psychothérapique va avoir pour tâche de recréer. Il doit les amener progressivement à accepter d'entrer en contact avec leurs besoins émotionnels sans se sentir désorganisées. Dans le cas contraire, ces patientes, même si elles sont capables d'abandonner leur conduite anorexique, y substituent des défenses de caractère particulièrement rigides dont le développement se fait au prix de la répression de leurs besoins affectifs les plus profonds et les plus vivants.

Le trouble du comportement alimentaire est une défense contre leur peur d'être envahi par cet objet, le besoin de celui-ci étant tel que dès qu'elles ont une relation de plaisir avec quelqu'un, dès qu'elles ont une relation de proximité, celle-ci constitue une menace narcissique. Cette situation est responsable de bien des malentendus dans le cours des psychothérapies. En effet, on rencontre souvent des psychothérapeutes satisfaits de la façon dont la cure se déroule et dont le transfert se met en place, alors que la famille, et éventuellement le médecin, s'inquiète d'une aggravation de l'état de la patiente. Or il me semble que dans de tels cas, le plus souvent, chacun des protagonistes a raison, et c'est bien en effet parce que la cure psychothérapique se met en place, que se crée un investissement transférentiel important, que la patiente se protège de cet investissement même par un renforcement. Si l'on ne tient pas compte de celui-ci, on risque d'entériner un clivage qui annule en fait les bénéfices possibles de l'action psychothérapique. On voit bien dans ces cas-là, la fonction du trouble du comportement alimentaire comme pare-excitations et comme limite entre soi et l'objet. Le problème c'est qu'elles ne peuvent affirmer cette limite et garantir le Moi contre une reddition possible à l'objet, que par un renforcement du trouble du comportement. La seule chose qu'elles perçoivent comme étant vraiment à elles c'est le comportement en tant qu'il échappe au désir de l'autre. Or, justement

ces patientes se rencontrent le plus souvent dans des familles où revient le souhait exprimé par les parents que leur fille ne puisse pas leur reprocher quoique ce soit, évitant par là toute conflictualité qui serait pourtant le seul moyen d'élaborer une différence avec eux. Il ne reste alors à la patiente qu'une seule solution, c'est de se reconnaître dans le refus de tout ce qui pourrait être un plaisir partagé avec leur entourage.

C'est cette peur du pouvoir de l'objet qui rend si difficile l'abandon du trouble du comportement alimentaire, comme est également difficile l'abandon de toute conduite de type additif. Leur enlever leur comportement, c'est les priver de cette barrière de cette limite, de cette néo-identité que constitue cette attitude de refus et les livrer sans défense au pouvoir de l'objet. C'est ce qui rend compte de la fréquence des réponses dépressives quand leur état s'améliore et qu'elles prennent une distance par rapport à leur conduite symptomatique. C'est cette menace d'intrusion objectale qui rend compte aussi des épisodes de dépersonnalisation, voire de décompensation psychotique franche que l'on peut rencontrer dans le cadre d'une reprise alimentaire trop brutale, ou trop forcée. C'est cette menace que le trouble du comportement alimentaire s'efforce de contrôler en développant cette relation humaine par une relation humaine par une relation avec des objets matériels, qui apparaissent -à priori- comme plus facile à contrôler, mais dont elles vont en fait devenir encore plus dépendantes.

UN AMÉNAGEMENT PERVERS D'UNE RELATION DE DÉPENDANCE

Cette tentative de trouver un néo-objet de substitution dans le comportement de type additif représente à notre avis un aménagement de type pervers de la relation, en donnant à cette épithète de pervers des caractéristiques purement psychopathologique, sans aucune connotation morale. C'est un aménagement pervers défensif par lequel elles vont s'efforcer de renverser leur propre sentiment de dépendance et de risquer d'être une marionnette entre les mains de leur objet d'attachement et un comportement d'emprise ou c'est elles qui contrôlent cet objet qui n'est utilisé qu'à des fins purement utilitaires.

C'est en cela qu'il s'agit bien d'un aménagement pervers : c'est-à-dire par lequel l'objet n'est pas reconnu dans ses désirs propres et ses différences, mais uniquement dans la mesure où il peut être utilisé à des fins de réassurance narcissique. C'est dire qu'il se passe après coup ce que ces sujets ont vécu pendant leur enfance en ayant été captés dans une relation narcissique de complétude, de contrôle de leurs propres besoins, par leur entourage et notamment par la mère.

Ce qui est alors important dans cette relation pervertie, c'est de maintenir un contact avec l'objet pour s'assurer de sa présence et de sa non-destruction, mais un contact qui maintienne cet objet aux limites du Moi, à l'extérieur du Moi, suffisamment proche pour ne pas être perdu, et suffisamment extérieur pour ne pas risquer d'en être envahi. Nous voyons également une des facettes de cet aménagement pervers dans leur propension à surinvestir tout domaine des sensations liées à l'extériorité, au contact des surfaces, par opposition au domaine des émotions, de l'échange affectif et de l'intériorisation des liens, qui est ainsi contourné. Cette culture de la sensation nous paraît commune, là encore, à l'ensemble des conduites additives, où il va s'agir de remplacer le lien libidinal interne investi, garant de la continuité du Moi, par une quête de sensations externes qui protègent le sujet du vide interne et du risque de perdre cet objet, mais qu'il maintient à la périphérie de lui-même et qu'il contrôle ainsi, en le gardant extérieur, sans se laisser pénétrer par lui. On retrouve en effet, dans toutes ces conduites additives, ce culte de la sensation, ce que les Kestenberg ont appelé à juste titre (l'orgasme de la faim) à propos de l'anorexie mentale, mais c'est aussi chez celle-ci l'appétence pour les sensations physiques, notamment de fatigue, le développement de toutes les activités motrices, la quête d'une résurgence de l'appétit en recherchant tout ce qui pourrait susciter leur gourmandise, pour mieux pouvoir le maîtriser et le contrôler dans le refus. De même, on sait que pour le toxicomane, l'état de manque est tout aussi important que la satisfaction. C'est tout l'aménagement relationnel avec l'objet qui va ainsi être remplacé par une alternance de la recherche de sensations, d'excitation et d'un apaisement, en sachant que chez l'anorexique, contrairement à d'autres formes de conduites additives, l'apaisement n'est pas recherché comme satisfaction directe mais est lié au triomphe que procure la non satisfaction du besoin.

C'est volontairement que nous utilisons le terme d'aménagement pervers de la relation pour montrer qu'à notre avis il ne s'agit pas d'une structure perverse stable, mais bien d'un aménagement défensif secondaire en réponse à un mouvement régressif que ces sujets n'arrivent pas à stabiliser autour d'une zone érogène précise, comme l'avaient bien souligné E. et J. Kestemberg et S. Decobert. On retrouve là une caractéristique générale de ces patientes qui ne peuvent s'organiser sur un mode stable que ce soit sur le versant hystérique, paranoïaque, mélancolique ou pervers. La fragilité narcissique, la lutte contre les processus introjectifs les conduisent à des aménagements défensifs qui s'appuient davantage sur la réalité externe perceptivo-motrice que sur le mode interne des représentations et des affects. Cette phobie des processus mentaux, comme des affects est le corrolaire de leur phobie de l'objet auquel elles substitueront une relation d'emprise et l'agrippement à un élément du cadre perceptif qui prend la place de la personne. Ce n'est qu'à la faveur de la chronicisation que cet engagement fait place à une organisation stable.

Nous avons vu que l'un des risques essentiels de l'évolution de ces patientes, est la poursuite d'un processus d'évitement de l'objet de plus en plus important, qui les conduit à une désobjectalisation progressive de l'ensemble de leurs investissements y compris de leurs bases auto-érotiques qui ont une fonction de refuge et de base d'appui ou le sujet peut retrouver en lui-même une relation sécurisante et des plaisir nourris de la qualité antérieure de la relation aux objets. Dans ce mouvement de désobjectalisation, cet auto-érotisme de plaisir, libidinal, qui a une valeur de liaison, est progressivement remplacé par un auto-érotisme négatif, qui est en fait une auto-stimulation à la recherche de sensations, qui se caractérise alors par un accroissement de leur violence et de leurs potentialités autodestructrice, au fur et à mesure que se poursuit ce mouvement de désobjectalisation.

Il existe dans l'enfance un modèle de ce processus de désobjectalisation et de substitution des sensations douloureuses au progressif effacement d'une relation libidinale avec l'objet investi. Il est fourni par les premières expériences de séparation de l'enfant. On peut opposer comme illustration deux prototypes, d'une part le cas de l'enfant qui gère la séparation d'avec sa mère au moment du coucher par une activité de rêverie liée à des souvenirs agréables de présence maternelle

et que soutient éventuellement un suçotement du pouce ou l'étreinte d'un ours en peluche : et, d'autre part celui qui essaie d'effacer toute trace de l'objet manquant, source d'une possible désorganisation anxieuse, par le recours à un balancement rythmique du corps, voire même par le heurt de sa tête contre les parois du lit. Dans le second cas, la violence de la sensation rend inutile l'activité psychique de symbolisation et évite la dépression au prix d'une souffrance, qui est le plus souvent en-deçà d'un masochisme érogène qui supposerait la persistance d'un lien à un objet auquel s'adresserait la souffrance, et dont le caractère mortifère paraît proportionnel à ce travail d'évacuation du lien objectal. L'activité de rêverie, prototype de la symbolisation, permet de penser l'objet absent grâce à la qualité des intériorisations établies. Dans le second cas, le défaut de ces acquis confère à l'absence un pouvoir désorganisateur dont le sujet se protège en développant une activité compensatrice, qui revient à dénier le rôle possible de l'objet. Il existe un troisième cas de figure, c'est celui de l'enfant dont la détresse, moindre que celle du précédent, lui permet de faire appel à sa mère, dont la présence physique supplée efficacement le défaut de ses ressources internes. C'est pour nous le prototype de la situation de dépendance ou le recours au percept et aux objets de la réalité extérieure sert de contre-investissement à une réalité interne anxiogène.

Ainsi le comportement d'addiction vient remplacer la relation objectale et la quête des sensations se substitue aux émotions intolérables. Le sujet n'a plus alors comme seul recours pour fuir sa dépendance croissante et affirmer son identité que le renforcement e la conduite addictive.

UNE PROBLÉMATIQUE DU LIEN

La problématique du lien, dans ses aspects les plus fondamentaux avec les objets d'attachement initiaux, a largement remplacé la problématique des conflits de désir qui, encore une fois, est présente au départ, se retrouvera à la fin de l'évolution anorexique, mais disparaît en grande partie en tant que telle dans le cours de l'affection. Cet évitement systématique du conflit dans ces milieux, contribue indéniablement- à notre avis- à faciliter la dégradation d'une problématique du désir en cette problématique du lien et de l'attachement. Ce souci d'éviter tout conflit est le prolongement naturel

du lien d'étayage narcissique mutuel qui s'est développé pendant l'enfance de ces patientes avec leurs parents et plus particulièrement la mère. La position paternelle est le plus souvent différenciatrice au sein du couple.

Ces jeunes filles sont restées, pour assurer leur équilibre narcissique, excessivement dépendantes du regard des autres au détriment de leurs investissements propres, en particulier de leurs ressources auto-érotiques. La puberté et l'adolescence vont jouer un rôle d'un révélateur de cette problématique de dépendance en créant les conditions d'un antagonisme entre sauvegarde narcissique, c'est-à-dire la sauvegarde de l'identité, de l'estime du soi, du sentiment de continuité, et la lignée objectale pulsionnelle, c'est-à-dire l'appétence relationnelle et le besoin de créer des liens et des investissements. Cette situation aboutit à une sorte de paradoxe dont les troubles des conduites alimentaires sont le paradigme : (ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace). On est à l'opposé du processus normal d'identification par lequel l'identification à l'objet du désir contribue à renforcer l'estime de soi, en permettant de prendre en soi les qualités que l'on admire chez les autres, pour les transformer en ses propres qualités, sur le modèle de ce qui se passe pour l'alimentation. C'est en effet en se nourrissant de ce qui n'est pas soi, que l'on développe sa propre individualité. Mais il faut que ce processus d'échange, qui contribue, grâce à la relation d'objet, au renforcement du soi, s'inscrive dans une relation suffisante sécurisante, qui n'est possible que si, dès la première enfance, se sont constituées des assises narcissiques suffisantes.

LE DÉFI THÉRAPEUTIQUE

Ainsi le paradoxe de ces conduites, comme de la plupart des comportements auto-destructeurs de l'adolescent, c'est que, si mort il y a- qu'elle soit plus ou moins directement ou indirectement recherchée – elle est beaucoup plus vécue par l'adolescent comme maîtrise, un moyen de s'affirmer que pour ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire leur destruction et leur disparition. Il y a au contraire, dans cette recherche de destruction, une volonté de s'autogénérer et de reprendre en main leur destin. Accepter de vivre, d'avoir du plaisir et des échanges, c'est se rendre tributaire des autres et c'est se situer dans une filiation ou

notre existence est le fruit des désirs, qui nous échappent, ceux de nos parents, et qui nous amènent nous-mêmes à nous inscrire dans la continuité de ce désir de vivre des parents. C'est ce que nous disent les adolescents quand ils nous apostrophent sous la forme d'un (je n'ai pas demandé à naître), auquel répond, en écho : (je peux choisir de mourir). Il s'agit bien là d'un renversement de la première proposition par lequel, dans un mouvement de déni de cette filiation et de la scène primitive qui a donné naissance à l'enfant, l'adolescent, dans ce mouvement prométhéen, veut se placer à la place de ses géniteurs et aboutir à ce qui apparaît avant tout comme son auto-engendrement.

Ces conduites nous amènent ainsi à nous interroger sur le sens de notre vie et sur la possibilité de destruction qui demeure toujours en arrière-plan. C'est l'énigme posée par ces jeunes filles, qui est souvent sinon tout, du moins beaucoup pour elles à savoir une famille qui entoure, un physique souvent agréable, de bonnes capacités intellectuelles, souvent un avenir qui apparaît très ouvert, et qui, au lieu de cultiver l'épanouissement de ces potentialités, se lancent à corps perdu dans cette frénésie destructrice. Il y a là un scandale pour l'esprit, qui nous interroge inévitablement sur ce qui peut pousser ainsi l'homme à être tenté par la destruction systématique de ses potentialités.

Enfin, un autre facteur de fascination, est cette dimension de défi qu'elles nous lancent. Défi à ce que nous soyons porteurs pour elles de cet appétit de vivre qui est sous-jacent derrière leur comportement, comme le fantasme boulimique est toujours présent derrière toute conduite anorexique. Défi également à nous faire porteur et l'expression de ce qu'elles ont abandonné : cette capacité à veiller sur elles. On sait par expérience combien il est difficile, mais aussi combien il est dangereux de se laisser entraîner par ce défi et de chercher à leur imposer une guérison et une survie par des moyens de coercition. Il faut bien dire qu'elles nous poussent souvent à une relation de type sadomasochiste, qui est probablement l'envers de ce qu'elles perçoivent comme la violence de leur appétit et qu'elles vivent comme un risque de destruction de l'objet investi, en particulier la mère.

Elles nous sollicitent ainsi à un double niveau de violence, qui serait soit d'attendre qu'elle manifeste une demande et de les laisser face à elles-mêmes, soit à l'opposé de vouloir entrer dans une lutte de pouvoir avec

elles, ou on chercherait à leur montrer qu'on va les briser et qu'on est plus fort qu'elles. On sait à quelles extrémités thérapeutiques cette position a pu conduire, et combien il nous faut être vigilant pour ne pas entrer dans ce type de relation et imposer des méthodes qui prennent rapidement une tonalité intrusive plus ou moins sexualisée. Elles nous obligent à faire pour nous-même tout un travail d'élaboration et de compromis, qui est typiquement celui du préconscient et qu'elles ne peuvent pas faire. Face à ces deux dangers, il va nous falloir poser un certain nombre d'exigences et inscrire un certain nombre de limites qui sont condition pour elles d'une différenciation entre elles et les autres, indispensable à leur évolution.

Dans la majorité des cas on ne peut pas dire, comme sont tentés quelquefois de le faire certains psychothérapeutes, qu'il faut laisser la conduite de côté et surtout ne pas les forcer à reprendre du poids. Notre expérience est que, leur imposer un certain nombre de mesures thérapeutiques, tel par exemple un contrat de poids, et s'il ne peut être respecté en externe, l'hospitalisation avec la séparation du milieu familial, a un effet mobilisateur important. C'est tout le sens que nous donnons à l'établissement du contrat avec ces patientes, que nous envisageons comme un levier destiné à les faire bouger et à les sortir de la rigidité de leur position de déni et de refus. Le contrat, par les exigences qu'il introduit, joue le rôle d'une suppléance d'une fonction tierce et d'un rôle paternel souvent effacé ou trop excitant pour pouvoir être efficace dans un processus de distanciation et d'autonomisation d'avec la figure maternelle. Le contrat n'a pas qu'une fonction thérapeutique symptomatique. Par le biais de celle-ci, il développe des effets psychodynamiques particulièrement importants. Il constitue une médiation entre l'adolescent et ses parents, mais aussi entre son monde interne, ses désirs et lui-même. En effet en imposant un contrat de poids, on se fait en quelque sorte l'auxiliaire d'un refoulement en partie déficient chez ces patientes en leur permettant la réalisation d'un certain nombre d'aspirations, sans avoir à en assurer la paternité, sans avoir à montrer que ces réalisations dépendent d'elles. C'est ainsi que si on les sépare de la famille, ou si elles abandonnent la conduite anorexique et reprennent du poids, si elles retrouvent un certain plaisir à avoir des relations nouvelles au sein du services, tout peut se faire quasiment à leur insu, sans qu'elles aient à prendre conscience à prendre conscience trop tôt et trop vite que tout ceci correspond à leurs

souhaits et donc pourrait mettre en danger la relation avec leurs parents telle qu'elle était organisée antérieurement. Si ce n'est pas elles qui décident, elles peuvent réaliser un certain nombre de désirs sans s'en sentir responsables, donc coupables, notamment par rapport aux figures parentales.

L'ensemble de notre action thérapeutique se construit autour de cette réinstauration d'une relation de plaisir et de tendresse possible. On tâche d'utiliser le terme d'hospitalisation pour essayer non seulement d'améliorer leur poids mais aussi de créer une vie d'échanges où elles retrouvent une capacité à tolérer quelque chose qui me paraît être tout à fait de l'ordre de ce que Winnicott a appelé (le pouvoir d'être seul en présence de l'objet) c'est-à-dire la capacité d'avoir du plaisir tout en gardant une relation à la fois nécessaire mais suffisamment distante et ignorée avec l'objet d'attachement principal. La vie institutionnelle, si elle est conduite dans cette perspective, nous apparaît comme une chance pour restaurer cette relation nouvelle de plaisir et de contacts avec elles-mêmes et leurs besoins les plus profonds. L'approche institutionnelle offre en effet des médiations qui rendent le contact objectal moins dangereux et plus supportable que dans la relation duelle où elle risque d'être immédiatement captée par l'autre en raison même du surinvestissement qu'elles font de cette relation.

C'est-à-dire qu'il ne me paraît pas possible de comprendre les aspects psychodynamiques de ces patientes en s'appuyant uniquement sur le travail d'élaboration qu'elles peuvent faire dans ces cures psychothérapeutiques les plus achevées, qui sont possibles pour certaines d'entre elles, mais où le contenu fantasmatique qui s'y développe alors pour important qu'il soit - n'est probablement pas le plus spécifique, car il n'est utilisable que lorsqu'une grande partie de ce qui fait la spécificité de cette conduite agie a déjà disparu. En effet, comme beaucoup de problématiques de mise en acte et d'agir au moment de l'adolescence, la conduite anorexique m'apparaît plus caractéristique par les aménagements du cadre qu'elle nécessite et qui sont le reflet en miroir des particularités de leurs modalités de fonctionnement psychique, que par les contenus fantasmatiques qu'elles peuvent être amenées à livrer. Ceux-ci n'en restent pas moins fondamentaux, comme pour tout un chacun d'entre nous, mais dans ce cas-là, leur rôle est au départ de la conduite en tant que facteur déclenchant, comme une source interne

d'excitation à potentialité traumatique qui va entraîner la mise en place de la conduite anorexique ; et, à l'autre bout de la chaîne – comme je le soulignais précédemment – à la fin du traitement psychothérapique, quand les particularités de la conduite ont fait place à un travail d'élaboration psychique interne, qui est à ce moment là très proche, quand à ses modalités propres de fonctionnement, des processus à l'œuvre dans la névrose.

L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires à deux volets. Le volet plus classique est celui de la cure psychanalytique, ou plus généralement d'adaptation d'une psychothérapie psychanalytique dans le cadre d'une relation duelle ; et le second, c'est celui de l'aménagement de ce cadre qui rend possible la mise en place de cette cure psychothérapique. Ce deuxième volet suppose qu'on considère l'ensemble des interactions de ces patientes avec l'environnement et toute une série d'approches que l'on pourrait qualifier de comportementales mais en les utilisant dans une finalité qui est celle de la perspective psychodynamiques, à savoir de restaurer leur capacité interne à faire un travail d'élaboration psychique. Ce travail d'élaboration psychique a pour finalité de leur permettre de redevenir disponibles à ce qu'il y a de plus tendre, de plus vulnérable en elles et qui est justement ce que leur comportement a pour but de réprimer. Mais pour y arriver, il faut comme toujours commencer par parler le langage qu'elles nous parlent et non celui que nous souhaiterions leur voir adopter. C'est ainsi que si elles nous parlent un langage comportemental, on ne peut pas nous, d'emblée, leur répondre en langage fantasmatique, car ce serait les traiter en hystériques ou en phobique qui nous parleraient de leurs angoisses et des fantasmes qui leur sont liés et non pas en personnalités qui ont eu besoin de cette mise en acte pour pouvoir s'exprimer. Ainsi les contenus fantasmatiques ne sont pas ce qu'il y a de plus spécifique, de même que les symptômes et les manifestations les plus bruyantes, tels que l'amaigrissement, l'aménorrhée, ne doivent pas faire méconnaître ce qu'il y a de plus particulier, à savoir les modalités originales de la relation aux autres et de l'équilibre narcissico-objectal dont ces symptômes témoignent.

On le voit, dans cette perspective, la réflexion psychodynamique n'a rien d'utopique, de purement spéculatif ou d'applicable aux seules situations de psychothérapie. En nous offrant une théorie pratique de la relation,

ces considérations théoriques psychodynamiques ont des incidences à toutes les étapes des mesures thérapeutiques.