

UNIVERSITÉ DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE : SSBCV

Equipe 1 - Psychiatrie Neuro-fonctionnelle

THÈSE présentée par :

Margaux MERAND

soutenue le : **19 Juillet 2021**

Président du jury : Monsieur Nicolas Ballon

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Tours**

Discipline/ Spécialité : Philosophie, Psychopathologie

**Redéfinir le rapport normal au corps par
l'étude de la psychopathologie : le cas-limite
de l'anorexie mentale**

THÈSE dirigée par :

Monsieur Maël Lemoine
Université de Bordeaux

Professeur de philosophie des sciences,

Monsieur Rémy Potier

Maître de Conférences (HDR) en
psychopathologie, Université Lyon Lumière Lyon 2

RAPPORTEURS :

Madame Céline Cherici Maître de Conférences (HDR) en Histoire et philosophie des sciences, UPJV-CHSSC

Monsieur Olivier Putois Maître de Conférences (HDR) en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Strasbourg

JURY :

Madame Dorothée Legrand Chercheur CNRS CR1, ENS Paris (PSL)

Monsieur Nicolas Ballon Professeur hospitalo-universitaire en psychiatrie d'adultes et addictologie, Université de Tours – CHRU de Tours

Monsieur Maël Lemoine Professeur de philosophie des sciences, Université de Bordeaux

Monsieur Rémy Potier Maître de Conférences (HDR) en psychopathologie, Université Lyon Lumière Lyon 2

Monsieur Olivier Putois Maître de Conférences (HDR) en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Strasbourg

Madame Nathalie Dumet Professeur de psychopathologie clinique, Université Lyon 2

Madame Céline Cherici Maître de Conférences (HDR) en Histoire et philosophie des sciences, UPJV-CHSSC

Redéfinir le rapport normal au corps par l'étude de la psychopathologie : le cas-limite de l'anorexie mentale

Résumé français :

Notre travail de thèse porte sur l'analyse des rapports entre le normal et le pathologique à la lumière d'un trouble du comportement alimentaire : l'anorexie mentale. Nous cherchons conjointement à élaborer un modèle d'intelligibilité de l'anorexie mentale, et à déterminer ce que ce modèle nous enseigne du rapport *normal* et sain au corps. La normalité relève-t-elle d'une différence de nature ou de degré avec l'état psychopathologique ? Le critère de la normalité peut-il être saisi dans l'expérience antérieure au développement du trouble chez le sujet anorexique ? Peut-il être recherché dans une norme sociale extérieure au sujet ? Nous avançons que le critère de la normalité ne peut être découvert que de manière immanente, au cœur de l'expérience pathologique et de celle de la rémission. C'est donc à la conceptualisation de ces dernières que nous avons dû nous consacrer.

Notre travail comprend la conceptualisation de l'anorexie mentale comme d'une forme de production aliénée de la subjectivité dans le contexte sociologique déterminé de l'individualisme moderne. Nous nous appuyons premièrement sur les travaux de Dorothee Legrand, qui, à partir de la notion phénoménologique de « conscience de soi corporelle », voient dans l'anorexie mentale une rupture des liens typiquement complémentaires entre le corps-comme-sujet (le corps vécu depuis une perspective interne) et le corps-comme-objet (le corps visé, perçu extérieurement, mais aussi en tant qu'il partage une matérialité commune avec d'autres objets). Le sujet anorexique est celui qui, d'après cette conceptualité, cherche à transformer, de manière contrôlée, son corps-objet, afin d'en faire une matérialisation ou expression de sa subjectivité. Paradoxalement, l'amaigrissement et même la « négation » du corps-objet sont « auto-constitutives » en ce sens qu'elles contribuent à exprimer et consolider la subjectivité. Le sujet anorexique s'affirme à travers la modification contrôlée de son corps-objet : il fait de la dimension *objective* de son corps une sorte de miroir de sa subjectivité. Il peut alors, à partir de cette extériorisation maîtrisée, rechercher la validation de sa condition de sujet par d'autres sujets.

C'est parce que le vécu du corps-sujet est trop faible chez la personne anorexique, et celui du corps-objet hypertrophié, qu'elle tente de contrôler le corps-objet pour en faire un support externe doué d'une capacité expressive du *soi* et par suite une attestation de sa propre existence.

Nous pouvons alors comprendre l'anorexie mentale dans une perspective hégélienne : le sujet anorexique « travaille » son corps pour y apposer le « sceau » de son intériorité, les déterminations de sa conscience. Ce faisant, il arrache à la matérialité brute du corps son caractère d'étrangeté et peut s'y reconnaître ; de même, il peut, à l'issue de son travail, obtenir des autres sujets une reconnaissance. Nous pensons cependant que ce modèle n'épuise pas la compréhension de l'anorexie mentale.

Selon nous, l'anorexie mentale relève plutôt d'une stratégie à composante addictive par laquelle, tout à la fois, le sujet tente de devenir un *individu* performant sur la scène sociale, et échappe à une réelle expression de sa subjectivité. Nous pensons que le « soi » du sujet anorexique est une notion opaque pour lui, dont les contours sont mal définis, et qu'il ne peut par suite extérioriser les composantes de ce « soi » dans le corps-objet. Comment le pourrait-il, en effet, s'il ne se connaît pas réellement lui-même ? Nous avançons ainsi que l'anorexie mentale procède d'une angoisse fondamentale : celle de l'indétermination de la subjectivité, notamment en raison de la prévalence de l'alexithymie dans la personnalité. Or, cette indétermination subjective interne coexiste, dans les sociétés occidentales modernes, avec l'injonction, intensément ressentie par les sujets anorexiques perfectionnistes, d'être « quelqu'un » – c'est-à-dire de devenir un individu accompli et d'obtenir à ce titre une validation sociale. Enfin, comme le mettent en évidence les travaux de Hilde Bruch, les personnes anorexiques souffrent d'un « sentiment d'inefficacité » intrinsèque, qui les persuade qu'elles ne sont pas réellement capables d'atteindre l'autonomie et d'avoir une incidence positive sur le monde extérieur par leurs efforts. L'amaigrissement joue alors un triple rôle : (a) il délivre une identité de substitution (sorte de « faux-self ») à la personne anorexique qui ne parvient pas à savoir *qui* elle est, (b) il permet, *via* cette identité substitutive, d'apparaître comme un individu ultra-performant dont les qualités de discipline et de réussite sont saluées par les autres, (c) il privilégie le rapport immédiat au corps et échappe aux difficultés propres à d'autres formes d'accomplissement individuel, comme le travail, qui mettent le sujet en relation avec une réalité *extérieure* potentiellement aléatoire et immaîtrisable. Le corps, lui, est *a priori* directement soumis à la volonté du sujet.

À l'issue de nos analyses, nous pouvons mettre en évidence les articulations nodales de la rémission, qui relèvent de l'acquisition d'une réelle autonomie par le sujet. Celle-ci est indissociable (1) d'une capacité à connaître et à discerner ses états émotionnels internes et à développer une notion immanente du « soi » qui n'est alors plus indexée sur des indices externes ; et (2) corrélativement, d'une aptitude à démêler les signaux inhérents au corps et à atteindre une forme corporelle dont la norme est donnée par le corps lui-même. Quand le corps n'est plus chargé de symboliser une subjectivité dont les notions internes sont trop faibles voire inexistantes (alexithymie et faible sentiment intrinsèque du soi), il peut alors obéir à des normes qui lui sont propres, ce qui constitue le critère du rapport sain au corps. Le rapport pathologique au corps est ainsi celui qui instrumentalise le corps pour en faire la preuve externe compensatoire d'une subjectivité vécue comme inexistante et discontinue ; le rapport sain au corps est celui, qui affranchi de cette finalité d'être le marqueur externe de la subjectivité, peut se régler sur ses propres besoins.

Mots-clefs : anorexie mentale, boulimie, trouble du comportement alimentaire, addiction, image du corps, subjectivité, conscience de soi corporelle, normal, pathologique, psychopathologie, alexithymie, autonomie.

“Redefining normality in relationship to one’s body through psychopathology analysis: a study of the borderline case of anorexia nervosa.”

Summary

Our research focuses on analysing the relationship between normality and pathology in light of an eating disorder: anorexia nervosa. Our aim is twofold: achieving a better understanding of anorexia nervosa, whilst also assessing how this clearer view can help us grasp what constitutes a normal healthy relationship to one’s body. Does normality differ in degree or in essence from this psychopathological condition? Can normality be extrapolated from the patient’s previous experience before the onset of anorexia? Can it be found in the social norm outside of the patient? We argue that the criterion of normality can only emerge and emanate from the heart of the pathological experience and its subsequent recovery. We were therefore compelled to focus our study on a definition of the latter two.

Our research includes a conceptual definition of anorexia nervosa as an alienated by-product of subjectivity within the determined sociological context of modern individualism. We base our study on the findings of Dorothée Legrand who, starting from the phenomenological notion of “bodily self-consciousness”, reaches a vision of anorexia nervosa as a rupture of the typical relationship between the “body-as-subject” (the body perceived from the inside) and the “body-as-object” (the body perceived and targeted from the outside, as sharing its existence with other external objects). According to this definition, an anorexic patient seeks to transform, in a controlled fashion, her own object-body in order to turn it into a material expression of her subjectivity. Paradoxically, losing weight and becoming thin, even to the point of reaching a negation of the object-body, are inherent parts of the process insofar as they contribute to expressing and consolidating the patient’s subjectivity. The anorexic patient’s self-affirmation is achieved through the controlled modification of her object-body: she uses her objective dimension as a mirror of her own subjectivity. She is then able, from that exteriorised controlled manifestation, to seek self-recognition from others.

The fact that the awareness of the subject-body is too weak in an anorexic patient, as opposed to an overpowering object-body, leads her into trying to control the object-body in an attempt to turn it into an external prop for expressing her inner self, and thus bearing witness to her own existence. This allows us to understand anorexia nervosa in a Hegelian perspective: the anorexic patient works on her body, so as to stamp it with the seal of her own inner self, determined by her own conscience. This enables her to escape the estrangement of her own raw material body and allows her to inhabit a body she recognises as her own; the workings on her body will also allow her to achieve self-recognition from others. However, this definition does not cover the full extent of anorexia nervosa.

In our opinion, anorexia nervosa appears to be a partly addictive strategy through which the patient attempts to become a socially integrated individual, whilst avoiding a true expression of her inner subjective “self”. We think that the anorexic patient’s notion of self is opaque and ill-defined, hence hard to exteriorize within the object-body. Indeed, how could she express something she does not fully grasp (or maybe, rather, « experience »)? We suggest that anorexia nervosa stems from a fundamental anxiety: that of an undetermined subjectivity, due notably to a predominance of alexithymia in the personality. Interestingly, this lack of subjective self-awareness coexists in our modern western society with a pressure, keenly felt by perfectionist anorexics, to be “someone”, i.e., to become an accomplished individual and be granted social recognition as such. Lastly, as revealed by Hilde Bruch’s work, anorexic

people intrinsically suffer from a feeling of “inefficiency”, which makes them convinced they are not really capable of leading autonomous lives and to have a positive impact on the outside world despite their efforts. Achieving thinness therefore brings three outcomes: (a) it provides a substitute identity (a kind of “fake self”) to the anorexic person unable to find out who she is, (b) it allows them, through this substituted identity, to appear like a highly performing individual, admired by others for their self-discipline and high achievement, (c) it allows an immediate relationship to their body and provides an escape from other personal achievement demands, such as work, which confront them with an *external* reality potentially uncontrollable and unpredictable. On the opposite, the body is perceived as ultimately self-controlled.

Our analyses lead to an understanding of the key stages of recovery, which depend on the patient gaining real autonomy. This autonomy can only be achieved firstly through a capacity by the patient to identify and understand her own inner emotions and develop an immanent “self” awareness, no longer dependent on external parameters, and secondly through an ability to understand signals inherent to her own body and achieve a body shape adapted to the body itself. When the body is no longer forced to be the symbol of a subjectivity based on a weak or non-existent self-awareness (alexithymia), it can then fulfill its own individual norms. This is the criterion of a healthy and normal relationship to one’s body. Thus, a pathological state is that of a body being used as physical proof and compensation for a subjectivity experienced as non-existent and ill defined; whereas a healthy relationship to one’s body is one which follows its own needs, freed from the coercion to be the externalised marker of a subjective state of confusion.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia, eating disorders, body image, addiction, recovery, subjectivity, self-awareness, autonomy, alexithymia, psychopathology.

Redéfinir le rapport normal au corps par l'étude de la psychopathologie : le cas-limite de l'anorexie mentale

« Mais comme je n'étais sûr de rien, comme j'attendais de chaque instant une nouvelle confirmation de mon existence, comme il n'y avait rien qui fût en ma possession réelle, incontestable, exclusive et déterminée par moi seul sans équivoque [...], je me pris à douter aussi de ce qui m'était le plus proche, de mon propre corps. »

(Franz Kafka, *Lettre au père*)

Table des matières

Introduction : la nature du rapport entre normal et pathologique

Chapitre 1 : état des lieux des connaissances & méthode

I – Eléments définitionnels de l'anorexie mentale

- a) Sémiologie
- b) La personnalité (pré)anorexique
- c) Conséquences physiologiques de l'amaigrissement et comorbidités psychiatriques
- d) Epidémiologie

II – Présentation succincte des différents modèles étiologiques

- a) Le modèle psychanalytique
- b) Le modèle féministe
- c) Le modèle médical

Chapitre 2 : le modèle hégélien de l'anorexie mentale. Désir d'expression de la subjectivité ou fatigue d'être soi ?

I – Un corps sur mesure ? Conscience de soi corporelle et modèle hégélien

de l'anorexie mentale

- a) Les différentes dimensions de la conscience de soi corporelle
- b) Le conflit tridimensionnel et la solution anorexique

II – La fatigue de devenir soi-même : anorexie et dépression

- a) L'individu souverain et le complexe de toute-puissance narcissique
- b) Fatigue d'être soi et angoisse de l'accomplissement individuel prédisposent au développement du comportement anorexique

Chapitre 3 : la stratégie anorexique. Se soustraire à l'expression de soi et à la demande de reconnaissance
--

I – Se soustraire à l'expression de soi

- a) La stratégie accélératrice du comportement addictif
- b) Devenir un *genre* de personne plutôt que soi-même ; de l'impuissance à la toute-puissance
- c) L'euphorie de ne pas être soi : de la dépersonnalisation négative à la dépersonnalisation positive
- d) La vie d'une autre
- e) La maigreur exprimant le genre de soi au lieu des mots exprimant le soi

II – Se soustraire à la demande de reconnaissance et dépasser la séduction

- a) Anorexie mentale et représentations sociales associées à la maigreur
- b) Neutraliser la part aléatoire du jugement social
- c) Systématiser le jugement social

Chapitre 4 : l'échec de la stratégie anorexique. L'anorexie mentale est une production aliénée de soi-même

I – Le faux travail anorexique

- a) Le travail du corps ou le corps comme capital
- b) Le risque d'échec constitutif du vrai travail

II – Le sujet anorexique est un travailleur sans objets

- a) La maigreur ne devient jamais objet
- b) La maigreur ne devient jamais une seconde nature
- c) Un constat d'échec

Chapitre 5 : vers la rémission. Le rapport « normal » au corps

I – La résurgence du biologique comme facteur d'une prise de conscience

- a) Narration subjective omnipotente et effraction biologique
- b) Automutilation et auto-empathie

II – La thérapie est un apprentissage : esquisse d'un rapport « normal » au corps

- a) Normalité sociale externe et norme corporelle immanente
- b) Apprendre à tolérer et à élaborer les émotions
- c) Pâtir les émotions, renoncer à la toute-puissance subjective
- d) La guérison n'est pas un retour à l'état antérieur

Conclusion : l'anorexie mentale est-elle une variation quantitative du rapport normal au corps et à soi ?

1. Le sujet anorexique est-il malade ? Le basculement de la santé à la maladie et sa prise de conscience comme catalyseur de la rémission
2. De l'anomalie à l'état pathologique. L'état pathologique est-il une variation quantitative, qualitative ou un état *sui generis* par rapport à l'état normal ?

Bibliographie

Annexe

Questions d'entretiens avec des sujets anorexiques ou ex-anorexiques

Introduction : la nature du rapport entre normal et pathologique

« Dans la pensée de Comte, l'intérêt se porte du pathologique vers le normal, aux fins de déterminer spéculativement les lois du normal [...]. »¹

« Nous l'entendons chez Renan : « Le sommeil, la folie, le délire, le somnambulisme, l'hallucination offrent à la psychologie individuelle un champ d'expérience bien plus avantageux que l'état régulier. Car les phénomènes qui, dans cet état, sont comme effacés par leur ténuité, apparaissent dans les crises extraordinaires d'une manière plus sensible par leur exagération. [...] ». »²

¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, 11e édition « Quadrige », 3e tirage, 2011, I, « Introduction au problème », p. 14.

² Ibid., p. 15.

« Citant un long passage sur la santé et la maladie, tiré des Leçons sur la chaleur animale (1), Nietzsche le fait précéder de la réflexion suivante : « La valeur de tous les états morbides consiste en ceci qu'ils montrent sous un verre grossissant certaines conditions qui, bien que normales, sont difficilement visibles à l'état normal. » (La volonté de puissance, §533, tr. Bianquis, N.R.F., I, 364). »³

Notre étude a pour enjeu d'étudier le rapport « normal » au corps par la conceptualisation de l'expérience pathologique et plus précisément celle de l'anorexie mentale, parfois couplée à une boulimie accompagnée de vomissements. Ce faisant, nous envisageons premièrement l'expérience pathologique comme une « exagération » qui ferait apparaître, en gros caractères, les aspects constitutifs de la normalité. Cette expression – « d'exagération pathologique » – vise à suggérer que le pathologique relève entièrement ou partiellement d'une exacerbation de tendances inhérentes au normal lui-même. Cependant, en approfondissant l'analyse, nous remarquons que deux hypothèses peuvent être envisagées :

- 1) Le pathologique relève d'une exagération de tendances internes au normal lui-même – il y aurait ici une différence de degrés entre les deux états ;
- 2) Le normal possède intrinsèquement la condition de sa propre rupture – il y aurait ici une

³ Ibid., p. 16.

différence de nature.

D'après la deuxième idée, le normal contiendrait la possibilité de sa propre vulnérabilité. Il y aurait donc une différence de nature, en même temps que la préservation d'un lien constitutif entre le normal et le pathologique, et par suite la possibilité d'interroger le premier à la lumière du second. Nous pensons que, dans le cas spécifique de l'anorexie mentale, les deux options ne sont pas nécessairement exclusives l'une de l'autre. C'est ce qui fonde la complexité de cette psychopathologie.

Les troubles des conduites alimentaires possèdent en effet un statut-limite qui semble les placer à la charnière de comportements socialement tenus pour normaux et de comportements proprement pathologiques. En effet, l'anorexie mentale ne semble pas immédiatement procéder d'une altération de la conscience, de l'exercice du jugement et de la volonté. La perte de poids est rationnellement organisée autour de rituels alimentaires et de restrictions draconiennes en vue d'obtenir un certain nombre de bénéfices dont le sujet pense qu'ils sont associés à la maigreur – idée qui trouve un écho culturel plus général qui n'est pas indifférent dans le développement et dans la perpétuation du trouble, même s'il ne saurait en être un critère *suffisant*.

L'anorexie mentale se caractérise ainsi par des attitudes et des modes de pensée qui sont loin d'apparaître immédiatement comme une forme de folie ou un discours *délirant* : le discours sur les avantages de la minceur, en particulier chez les femmes et dans les milieux sociaux aisés, est prégnant ; de plus il tend à se généraliser à l'ensemble de la société. De même, un comportement de maîtrise de soi, comme l'est celui de l'anorexique qui surveille ses consommations alimentaires et parvient à honorer les objectifs qu'elle s'est fixés, est un comportement socialement valorisé et perçu comme le garant de la réussite individuelle.

À première vue, donc, tout ce qui compose l'arsenal psychologique et comportemental de l'anorexie mentale, à la différence par exemple de la boulimie (comme syndrome diagnostique autonome, et non comme symptôme associé à une anorexie mentale prévalente), ne saurait faire l'objet d'une médicalisation et d'une pathologisation immédiates par des observateurs sociaux. Cette donnée apparaît dans les témoignages de nombreuses personnes anorexiques ayant longuement été applaudies et encouragées dans leur comportement – qui pourtant était *qualitativement* égal à celui qui plus tard fut tenu pour déraisonnable et fou – avant de susciter l'inquiétude de l'entourage. Nous pourrions comparer, dans cette situation, le sujet anorexique au « *Typus melancholicus* de Tellenbach qui par son goût de l'ordre et ses extrêmes exigences à l'égard de soi-même est socialement valorisé et même « hypernormal » mais n'en est pas moins la condition même de la survenue de la mélancolie »⁴, mentionné par Arthur Tatossian dans sa *Phénoménologie des Psychoses*⁵. L'analogie est limitée dans la mesure où le *typus melancholicus* est de l'ordre de la personnalité prédisposant à la dépression mélancolique tandis que nous évoquons des comportements *déjà* anorexiques, mais ici aussi c'est cela même pour quoi les jeunes femmes anorexiques sont valorisées – leur maigreur socialement esthétisée ; les vertus de discipline et de maîtrise de soi, de tempérance et de frugalité, volontiers rattachées à cette maigreur dans le jugement commun – qui correspond, dans l'intimité (c'est-à-dire dans l'espace échappant au regard social), à des comportements radicalement autodestructeurs. En d'autres termes, ce sont des comportements d'auto-maltraitance, tant psychologique que corporelle, qui donnent lieu à une image ou apparence d'hyper-adaptation et d'hyper-performance que les autres vont parfois jusqu'à envier expressément. Les anorexiques sont conscientes de cette « jalousie » qu'elles réinterprètent comme un signe de leur propre supériorité mais aussi de haute fonctionnalité. Nous pourrions ainsi dire que les sujets anorexiques ne se sentent pas tant « normaux » qu'« hypernormaux » : loin de se voir eux-mêmes, et d'être socialement perçus, comme déviants ou dysfonctionnels, ils peuvent s'entretenir longtemps dans la croyance (et le jugement social les y encourage) qu'ils sont *plus aptes* que la moyenne. Il y a donc une inversion, ou encore : il n'y a pas pathologisation mais idéalisation, dans un premier temps (variable mais relativement long), des symptômes anorexiques.

⁴ Arthur Tatossian, *La Phénoménologie Des Psychoses*, Paris, L'art Du Comprendre, 1997, p. 19.

⁵ Ibid.

Il est remarquable en effet que l'inquiétude soit toujours tardive, associée à une perte de poids particulièrement spectaculaire donnant aux sujets anorexiques une allure cadavérique. Il semble donc qu'en-deçà de cette allure, les signes de la maladie soient indétectables et en tout cas nullement perçus comme problématiques. C'est *une fois* un poids dramatiquement bas atteint que les autres symptômes de la maladie apparaissent justement comme des symptômes ou des comportements dérangeants : le fait de sauter des repas et de désorganiser ainsi les rythmes alimentaires familiaux, le fait de perturber le déroulement des repas en ayant des attitudes inappropriées comme celle de découper la nourriture en petits morceaux finalement rabattus au coin de l'assiette, et plus généralement tous les mensonges et actes de dissimulation qui ne peuvent apparaître comme tels qu'à partir du moment où le sujet semble *visuellement* engagé dans une démarche mortifère.

Ainsi, ce n'est pas tant la décision de perdre du poids, ni le principe même de la restriction alimentaire, qui choquent, que *l'excès* et l'absence (désormais constatable) de fin (temporelle) de ces comportements et processus ; et le signe de cet excès, c'est une perte de poids exagérée au point de mettre tous les observateurs extérieurs d'accord sur son caractère malsain et inesthétique. De ce point de vue, nous pourrions dire que le diagnostic rétroactif et tardif de l'anorexie mentale corrobore les critères de la définition que donne Arthur Tatossian de « l'objet de la psychopathologie »⁶ : ce n'est pas « le simple écart de comportement, c'est-à-dire le comportement déviant »⁷, qui peut constituer un tel objet, car « n'importe quel comportement est potentiellement présent chez l'être humain »⁸. Mais ce qui « caractérise l'être sain, c'est qu'il peut empêcher *l'autonomisation* ou la *persistance temporelle* du comportement

⁶ Arthur Tatossian, *La Phénoménologie Des Psychoses*, op. cit., p. 19. Voir également à ce sujet : Maël Lemoine, « La définition des « troubles mentaux ». Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine », *L'enseignement philosophique*, vol. 62^e année, no. 2, 2012, pp. 58-70.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

déviant et non pas l'absence de sa potentialité ni de sa réalisation incidente »⁹. Ce qui relève de la psychopathologie, et qui en l'occurrence suscite l'inquiétude des proches, est la récurrence d'un comportement déviant, son autonomisation, sa ritualisation et sa persévérance dans le temps, mais non le fait qu'il soit virtuellement contenu dans une personnalité ni même qu'il se produise sporadiquement. Un vomissement ponctuel, une prise temporaire de laxatifs et de diurétiques pour perdre du poids ne suffisent pas à diagnostiquer une anorexie mentale : la réversibilité rapide de ces comportements serait, suivant la définition d'Arthur Tatossian, le signe d'une santé mentale. La psychopathologie, et ici plus précisément le trouble du comportement alimentaire, commence avec le durcissement et la persistance temporelle de pratiques alimentaires déviantes, leur aspect progressivement rigide et obsessionnel, compulsif puis finalement incoercible. En effet, « le comportement déviant *peut* être anormal mais dans la mesure où celui qui le présente *ne peut pas* ne pas le présenter »¹⁰ : la maladie mentale est indissociable du point de bascule au-delà duquel les comportements se sont autonomisés et sont devenus irrépressibles, alors même que le sujet pouvait initialement les considérer comme ses volitions. Tout sujet anorexique, lorsqu'il dépasse finalement le déni entourant son état et sa gravité, reconnaît qu'il est « malade » à cela même que ses comportements sont *plus forts que lui*. L'anorexie mentale, qu'il vivait d'abord comme une stratégie de contrôle, *le* contrôle désormais et semble être une machine qui s'est emballée.

Ainsi, nous étudions une psychopathologie qui n'est pathologisée rétroactivement qu'à partir du résultat extrême que produisent ses comportements. Alors seulement – une fois que la jeune fille anorexique est tombée en-deçà de 35kg et est hospitalisée –, sont mises en doute la rationalité de ses motivations et des croyances à l'origine de son désir de perte de poids. Alors seulement se pose la question d'une personnalité « prémorbide » ayant prédisposé le sujet à accorder une valeur démesurément positive à la maigreur, voire à attribuer à cette dernière un pouvoir magique – dans un mode de pensée superstitieux – de résolution de tous les problèmes existentiels et identitaires (qui éclatent par excellence à la puberté). Ainsi, lorsque nous

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

demandons ce qui pourrait, de l'expérience psychopathologique, nous éclairer sur le rapport « normal » au corps, nous nous devons de faire deux précisions :

- 1) À distance de la définition que nous avons citée, d'Arthur Tatossian, de l'objet de la psychopathologie comme récurrence et systématisation incompressible du comportement déviant, l'expérience psychopathologique ne se borne pas, selon nous, au déroulement de l'anorexie mentale proprement dite, depuis la décision de perte de poids jusqu'à sa mise en application, avec passage dans de nombreux cas d'une anorexie purement restrictive à une anorexie couplée à de la boulimie associée à des vomissements. Le rapport désordonné au corps, que nous pourrions dire « primaire » (préexistant à la maladie), et qui rend lui-même *possible* l'expérience anorexique, est inclus dans ce que nous appelons « pathologique ». Il s'agira pour nous d'élucider les différentes dimensions de ce rapport au corps, qui s'installe dans l'enfance et l'adolescence, et explique que certaines jeunes femmes seulement développent une anorexie mentale alors que toutes sont, en principe, exposées aux injonctions sociales à la maigreur. Il est à noter que le rapport « primaire » au corps subit des altérations potentielles lorsqu'il est « investi » dans le processus anorexique qui tend à générer lui-même de nouvelles normes. Il nous sera ainsi nécessaire de décrire ces altérations ;
- 2) La « normalité » du rapport au corps dont nous voulons déterminer les bases ne saurait se borner à ce qui est socialement tenu pour « normal », tant nous voyons que les frontières entre des comportements féminins considérés comme souhaitables et des comportements anorexiques « pathologiques » sont ténues. Même si, comme nous l'avons dit, le processus anorexique est *rétroactivement* qualifié de « pathologique » à la lumière d'une perte de poids excessive, et qu'on pourrait alors être tenté de distinguer radicalement entre des comportements féminins restrictifs n'aboutissant pas à une perte de poids mortifère et des comportements féminins restrictifs qui seraient toujours-déjà mortifères et anorexiques (mais perçus rétrospectivement comme tels), la différence de nature entre les deux cas de figure n'est pas aussi aisée. Il faut ici prendre en compte deux données qui complexifient le champ de l'étude :

- a) L'anorexie mentale ne se limite pas aux cas *manifestement* choquants et excessifs de perte de poids, mais embrasse une expérience beaucoup plus hétérogène et diversifiée. Le modèle de la jeune femme pesant 33kg ne recouvre pas *toutes* les expériences anorexiques, loin de là, et les sujets anorexiques sont les premiers à souffrir de leur sentiment d'illégitimité lorsqu'ils ne se conforment pas à ce cas extrême qui semble « justifier » la prise en charge médicale et le statut de « malade ». C'est l'une des raisons pour lesquelles les jeunes femmes anorexiques (parfois atteintes également de boulimie) sous-estiment elles-mêmes la gravité de leur état et tardent à consulter un médecin. Marya Hornbacher rapporte, dans son roman autobiographique *Wasted* à propos de ses années d'anorexie mentale, que les médecins eux-mêmes (ou bien les infirmières) étaient capables de déprécier les patientes dont le poids n'était pas spectaculairement bas : « vous n'êtes pas *si* malade »¹¹. Or, nous nous attacherons à montrer que le poids n'est pas un indicateur de la gravité de la maladie et que les expériences anorexiques sont beaucoup plus disparates et différenciées qu'on ne le pense, certaines étant précisément à la limite des comportements sociaux jugés « normaux » ;
- b) De manière corollaire, bien des comportements féminins tenus pour normaux, et encouragés socialement, relèvent de ce que nous pourrions appeler des formes « proto » anorexiques et sont en tout cas aux marges de la psychopathologie, avec des possibilités de glissement plus ou moins élevées selon la complexion psychologique des sujets. Le fait est que, si le modèle social occidental moderne ne peut, pour des raisons que nous expliciterons, être considéré comme un facteur déclenchant de la maladie ou même un critère absolument nécessaire de cette dernière, il n'en demeure pas moins que la maladie, étant devenue beaucoup plus

¹¹ « Je supplie mentalement le médecin de ne pas dire, en regardant mon dossier, Eh bien, vous n'avez pas *l'air* anorexique. Il le dit. Ils le disent toujours. À moins que vous soyez émaciée au point de pouvoir tout juste marcher, les gens ne pensent pas que vous avez « l'air » anorexique. » [I mentally beg the doctor not to say, when he looks at my charts, Well, you don't *look* anorexic. He does. They always do. Unless you are so emaciated that you can barely walk, people don't think you 'look' anorexic.] In Marya Hornbacher, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*; New York, Flamingo, 1998, p. 242. Nous traduisons.

visible – comme thème médiatique ou objet de discussion parmi les jeunes femmes – s'apparente à un « piège » dans lequel seraient *encore plus susceptibles* de tomber des sujets vulnérables à l'origine par réaction mimétique¹².

Notons enfin que la « normalité » socialement entendue, qui fait du poids un thème, sinon obsessionnel, du moins excessivement récurrent chez les femmes, fait partie des paramètres qui rendent le processus de rémission redoutablement complexe et périlleux. En effet, les sujets anorexiques en voie de guérison doivent, en même temps qu'ils apprennent à s'alimenter et à modifier les croyances avec lesquelles ils raisonnent et auxquelles ils s'identifient, et indissociablement de cet effort, apprendre à se prémunir des discours qui entourent constamment le poids des femmes. Ces derniers peuvent être à l'origine de rechutes, puisque le sujet anorexique se remet à penser que ses pratiques concordent avec ce qui est attendu des femmes et considéré plus généralement comme la seule manière de réussir et d'être estimé.

Ainsi, nous devons tout à la fois considérer l'expérience pathologique comme englobant des aspects de la personnalité « prémorbide » qui engagent déjà un rapport tout à fait singulier au corps, notamment en montrant que le corps est très tôt perçu comme une chose extérieure à soi que l'on ne possède pas réellement ; et déterminer conceptuellement les bases d'un rapport « normal » au corps émancipé des critères de la normalité sociale. En effet, la notion de « normalité » que nous entendons dégager à partir de l'expérience pathologique est *en même temps* une normalité dont nous verrons que le sujet anorexique, non seulement ne trouve pas le critère dans la vie sociale, mais n'a pas d'expérience même antérieure à la maladie. C'est une

¹² Hilde Bruch écrit en ce sens : « Aujourd'hui, la plupart des malades ont lu quelque chose sur l'anorexie mentale ou bien en ont entendu parler avant de tomber malade ou après. [...] Précédemment, la maladie était le fait d'une fille isolée qui avait le sentiment d'avoir trouvé sa propre voie de salut. Maintenant, c'est davantage une réaction de groupe ». Cf. *L'énigme de l'anorexie* [The golden cage. The enigma of anorexia nervosa], trad. Anne Rivière, Coll. Perspectives critiques, Presses Universitaires de France, Paris, 1979 [1978], p. 11. Voir également R. Sidella, « Anoressia e mimesi secondo René Girard » ; *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 2011 ; 2(1), pp. 66-73.

normalité qui ne peut apparaître, *pour le sujet anorexique lui-même*, que comme dérivée de l'expérience anorexique – cette dernière étant chargée d'enseignements.

Précisons enfin que, si nous étendons la notion du « pathologique » à certaines dimensions de l'expérience vécue – et de la personnalité prémorbide – antérieure à l'anorexie mentale proprement dite, nous faisons tout de même une distinction de nature entre ces deux éléments. En effet, si le rapport au corps peut être décrit comme instable et précaire bien avant l'entrée dans le processus anorexique, il n'en demeure pas moins que ce-dernier introduit une *rupture* dans le cours de l'expérience, en générant comme nous l'avons dit ses propres normes. Ces nouvelles normes, qui sont générées *dans et par* l'expérience anorexique une fois installée, possèdent un statut ambivalent. Elles sont à la fois ce qui entraîne le sujet dans des compulsions et cycles comportementaux qu'il ne semble plus maîtriser – c'est la dimension *addictive* des troubles des conduites alimentaires, qui apparaît à même la répétition d'actes initialement purement volontaires et non vécus comme contraints –, et sont en même temps génératrices d'un tel chaos dans la vie du sujet – par leur aspect destructeur – qu'elles peuvent éveiller chez lui un désir puissant de rémission qui le poussera peut-être à quérir une normalité et une santé inédites. Il s'agira ainsi d'étudier indissociablement deux mouvements :

- Celui par lequel l'anorexie mentale s'inscrit dans la *continuité* de l'expérience antérieure vécue et au sein de laquelle le sujet était encore considéré comme « sain » et « normal » ;
- Celui par lequel l'anorexie mentale *rompt* avec l'expérience antérieure en générant de nouvelles normes de fonctionnement, tout à la fois corporelles et de l'ordre des modes de pensée.

Ainsi, il y aurait simultanément rupture et continuité dans l'expérience anorexique : différence de degrés et différence de nature quant à l'expérience antérieure. Mais, nous l'avons dit,

l'expérience antérieure ne vaut pas norme de santé. Nous aurons ainsi, au cours de notre étude, trois plans majeurs d'analyse :

1. La phase antérieure au développement de l'anorexie mentale, dont nous devons décrire les aspects déterminants et proto-pathologiques voire déjà pathologiques ;
2. L'anorexie mentale *stricto sensu*, dont nous tenterons de conceptualiser les articulations principales et la diversité des expériences ;
3. La normalité du rapport au corps et à soi vers laquelle tend le processus de rémission, dont la norme n'est ni sociale ni antérieure à la maladie, et que nous souhaiterions définir.

Enfin, nous voudrions préciser que, dans le processus de rémission où le sujet met peu à peu à distance non seulement ses anciens comportements alimentaires mais également les modes de pensée et mécanismes émotionnels qui les sous-tendaient, il fait l'épreuve d'une authentique réorganisation de sa personnalité. Nous le disions : la normalité à laquelle il aspire n'est pas un retour à une situation antérieure à la maladie où il aurait été équilibré. Or, le fait qu'il n'y ait pas de référence déterminée, empirique (passée) ni même idéale (théorique), est longtemps vécu de manière problématique pour le sujet convalescent qui désespère de pouvoir s'installer durablement dans un état postérieur à la maladie qui lui semblera désirable et vivable. La rémission se caractérise par un sentiment déroutant de précarité, d'instabilité et d'indétermination. Elle présente à ce titre un double enjeu : tout à la fois supporter la part irréductible d'indétermination que comporte l'existence (en ce sens la situation de la rémission n'a pas à être dépassée ; elle est exemplaire) et trouver une nouvelle économie de fonctionnement dans laquelle le sujet se sentira stabilisé et capable de mener sa vie (en ce sens la situation de la rémission est expérimentale, provisoire, et porte progressivement ses fruits, qui permettent d'atteindre un état meilleur).

Une difficulté particulière se présente au cours de la phase de rémission, qui dure en moyenne 5 à 10 ans : quels sont, parmi les traits de caractère du sujet anorexique, ceux qu'il peut conserver et ceux qui doivent subir des transformations, afin de ne pas persévérer dans une complexion affective, cognitive et un rapport au corps délétères ? Ce qui est troublant pour le sujet anorexique est de constater qu'il ne peut pas renoncer entièrement à certaines tendances ou attitudes existentielles, et faire comme si la personnalité attachée à la période de l'anorexie mentale était unilatéralement pathologique. En réalité, certaines dispositions de cette personnalité ne sont pas *intrinsèquement* mauvaises et il y aurait un genre de raisonnement paranoïaque à vouloir les écarter en songeant que, par association ou contiguïté, elles auraient le pouvoir de dégénérer à nouveau sous forme psychopathologique. Par conséquent, un enjeu majeur de la rémission est le dépassement du mode de pensée addictif en « tout ou rien » dont le sujet anorexique peine à se départir, même quand il est parvenu à abraser les symptômes alimentaires de son trouble. Faut-il révoquer « toute » la personnalité précédente, et opérer une métamorphose en modifiant profondément toutes les croyances auxquelles le sujet s'identifiait ; ou la rémission peut-elle conserver certains aspects identitaires en les réévaluant et en les inscrivant dans de nouvelles bornes où ils sont contrebalancés par de nouvelles perspectives ? La possibilité d'une plasticité de la personnalité dans le processus de rémission est ainsi un problème que nous devons explorer.

Aussi, nous pourrions reformuler l'objet principal de notre recherche sous la forme de la série suivante de questions : comment peut-on comprendre le rapport normal au corps à travers le cas psychopathologique de l'anorexie mentale ? Quelle est la limite au-delà de laquelle certaines composantes de la personnalité deviennent pathogènes ? La rémission et la normalité engagent-elles une réévaluation intégrale de la personnalité, avec pour finalité une métamorphose de cette dernière ; ou visent-elles à insérer dans certaines limites des croyances et attitudes existentielles qui, sans ces limitations, autrement dit par excès, dégénèreraient en maladie mentale ? L'anorexie mentale résulte-t-elle de croyances poussées à des niveaux extrêmes où elles deviennent rigides et superstitieuses alors qu'elles possèdent un fond de rationalité et de cohérence, et peuvent être vertueuses sous certaines conditions ; ou ces croyances liées à l'état pathologique sont-elles intrinsèquement problématiques ?

Chapitre 1 : état des lieux des connaissances et méthode de travail

I – Clinique de l'anorexie mentale et éléments définitionnels

a) Sémiologie

Interrogée par des chercheurs, une jeune femme anorexique se présentait ainsi :

« J'ai été dépressive toute ma vie. Je n'ai aucune estime de moi-même. Je me déteste. Je ne pense pas être suffisamment valable. Je ne pense pas pouvoir égaler les accomplissements de mon frère. Je ne dis à personne comment je me sens. Je me punis beaucoup. Je n'ai pas le sentiment d'avoir la moindre qualité positive même si les gens me disent que j'en ai beaucoup. Je me parle beaucoup, c'est comme

un rituel, par exemple à chaque fois que je mange ou fais quelque chose de travers, je me dis que je me hais de manière répétée. Je me sou mets à rude épreuve en dormant et mangeant très peu. Je dois constamment travailler et m'activer. Quand je suis à l'école ou à l'extérieur et en public, j'agis complètement différemment et personne ne soupçonne que je suis dépressive. Mes parents viennent à peine de se rendre compte que personne ne sait rien de moi. Je ne sais pas. Je pense que je ne suis bonne à rien. C'est tout. »¹³

Avant d'en venir à l'exploration conceptuelle de ce témoignage et de ses différents aspects, précisons les signes cliniques du diagnostic d'anorexie mentale. Ce diagnostic se fait d'après la « triade anorexie, amaigrissement et aménorrhée »¹⁴.

Ainsi que nous l'écrivons dans notre article, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? »¹⁵, « l'anorexie – du grec *anorexia*, dérivé, avec le préfixe *an* privatif, de *orexis* (« désir, appétit »), et signifiant littéralement « absence d'appétit » – constitue un syndrome diagnostique indépendant à titre d'anorexie *mentale*, et n'est pas une simple perte d'appétit rattachée à une

¹³ Bers, S. A., Blatt, S. J., & Dolinsky, A. (2004). The sense of self in anorexia nervosa. A psychoanalytically informed method for studying self-representation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 52, 1241–1242; p. 306: "I've been depressed all my life. I have no self-esteem. I hate myself. I don't think I'm good enough. I don't think I can meet up to my brother's achievements. I don't tell anyone how I'm feeling. I punish myself a lot. I don't feel I have any good qualities even though people tell me I have a lot. I talk to myself a lot, like a repeated ritual, like whenever I eat or do something wrong, I say I hate myself over and over again. I drive myself very hard with little sleep and little food. I have to keep working and doing things. When I'm out in school and out in public, I act totally different and no one knows I'm depressed. My parents just found out that nobody knows anything about me. I don't know. I don't think I'm good at anything. That's it". Cité par Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa"; *Neuropsychologia*, 2010, p. 727. Nous traduisons.

¹⁴ Amandine Turcq dans *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*. 2016. ffdumas-01473629, p. 38.

¹⁵ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

maladie organique ou à un syndrome psychopathologique (par exemple l'hystérie ou la dépression) »¹⁶ :

« [...] [Suite] à l'intégration des pratiques de jeûne dans la sphère de compétence médicale, l'anorexie passe, dans le dernier tiers du XIXe siècle, du statut de symptôme de diverses maladies, notamment organiques, à celui d'entité diagnostique ou symptomatique. »¹⁷

Nous l'écrivons, « lorsque l'anorexie intervient comme symptôme dans des états organiques ou psychiatriques, « les malades se plaignent de cette perte de poids ou s'y montrent indifférents ; ils n'en tirent certainement aucune fierté comme c'est le cas des véritables anorexiques »¹⁸.

L'anorexie mentale se traduit par une restriction alimentaire délibérée, volontariste, *sans perte d'appétit* et par résistance active à une faim normalement (voire intensément) ressentie »¹⁹ :

« Bien que l'absorption de nourriture soit nettement réduite, elle ne l'est pas en raison d'un manque d'appétit ou d'un moindre intérêt pour la nourriture. Au contraire, ces jeunes filles sont terriblement préoccupées par la nourriture et par le fait de manger, mais elles considèrent l'autoprivation et la

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, Une approche sociologique, Editions La Découverte, Paris, 2003, 2008 ; p. 24. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021. Voir également E. Shorter, « The first great increase in anorexia nervosa », *Journal of Social History*, n° 21, 1987.

¹⁸ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 19.

¹⁹ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021. Voir également A. Failler, « Appetizing Loss: Anorexia as an Experiment in Living », *Eating Disorders*, 2006 ; 14 : 99-107.

discipline comme les vertus suprêmes, et elles condamnent la satisfaction de leurs besoins et de leurs désirs comme une honteuse habitude de s'écouter. »²⁰

Ainsi, il ne s'agit pas d'absence d'appétit, mais, pourrait-on dire, du contraire : les jeunes filles anorexiques choisissent de lutter contre une faim qu'elles vivent de manière honteuse, comme s'il s'agissait d'une voracité ou d'un désir sensuel coupable. Il y a donc un positionnement de nature morale net : le sujet ne doit pas se laisser aller à ses besoins et désirs – ces deux plans étant d'ailleurs peu distingués, comme si le désir empiétait constamment sur le besoin. Aussi la fréquentation d'une anorexique étonne-t-elle d'abord par l'omniprésence du thème de la nourriture, le caractère obnubilant de celle-ci – Hilde Bruch parle d'un « énorme intérêt pour la nourriture »²¹ –, dont nous verrons qu'il est au moins autant la conséquence du jeûne prolongé qu'un trait qui préexiste à ce-dernier. Dans la phase d'amaigrissement qui marque le début d'une anorexie mentale, cependant, la faim s'atténue sous l'effet des restrictions répétées :

« Même s'il y a allégation d'inappétence ou de gastralgie, la persistance de la sensation de faim est habituelle, au moins au début. Cette sensation de faim est parfois recherchée en tant que telle, comme une tension qui donne des sentiments d'élation et de contact plus grand avec le corps ainsi maîtrisé, assujetti à la volonté. [...] Au cours de l'évolution, la sensation de faim tend à se restreindre, comme dans toute insuffisance régulière des apports. »²²

²⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. cit., p. 8. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²¹ Ibid., p. 17.

²² Bernard Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, éd. Dunot, Coll. « Psychismes », Paris, 2009 ; pp. 15-16.

Le sujet anorexique pratique la restriction alimentaire autant par désir de perdre du poids que par angoisse phobique d'en prendre²³, l'estime de soi étant étroitement associée à l'apparence physique²⁴. L'anorexie mentale débute fréquemment par l'un ou l'autre de ces deux scénarios :

- Un régime alimentaire initial qui dégénère en trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- Une perte de poids initiale et involontaire qui se poursuit en TCA.

Il est courant que l'anorexie mentale apparaisse chez des jeunes filles ayant préalablement connu des insatisfactions répétées avec leur poids ainsi qu'avec des régimes alimentaires de courte durée. L'anorexie mentale rompt alors avec une frustration et une insatisfaction prolongées dans l'expérience du corps, et s'installe sur fond d'une tendance « naturelle » à le considérer comme gros et imparfait. À mesure que progresse le trouble et la perte de poids, cette dernière se « technicise » et l'alimentation devient minutieusement réglementée, avec l'éviction progressive de certains aliments (trop riches, gras, sucrés, etc.) tenus pour définitivement interdits, et la ritualisation d'une prise alimentaire extrêmement normée quantitativement et qualitativement. Parallèlement, se développent des pensées obsessionnelles et délirantes associées à la nourriture et la prise de poids : peur que l'eau ou le dentifrice fassent grossir, ou encore l'application d'un baume hydratant pour les lèvres, etc. :

« Je ne lécherai même pas un timbre-poste, on ne sait jamais avec les calories. »²⁵

²³ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 16 : « Les anorexiques ne souffrent pas de manque d'appétit, mais d'une peur panique de prendre du poids ».

²⁴ American Psychiatric Association, *DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, voir le critère C de l'anorexie mentale : « influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ».

²⁵ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 15.

Les repas « en société », avec des amis ou dans un contexte familial, deviennent très problématiques et le sujet anorexique prend l'habitude de la mythomanie et de la dissimulation quant à ses pratiques alimentaires, qu'il sait opposées à la « norme » mais qu'il ne caractérise pas comme « pathologiques ». Le déni de la maladie est constitutif du diagnostic dans une grande majorité de cas, du moins dans les premières phases du développement du TCA²⁶.

L'amaigrissement « se définit [par] une perte initiale de 15% du poids attendu (poids théorique pour l'âge et la taille) ou un IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 17,5 g/m2 »²⁷, le DSM-5 spécifiant différents « degrés de sévérité » selon l'IMC :

Léger	IMC ≥ 17 kg/m ²
Modéré	IMC 16-16,99 kg/m ²
Sévère	IMC 15-15,99 kg/m ²
Extrême	IMC < 15 kg/m ²

L'amaigrissement se traduit par une « fonte grasseuse »²⁸ ainsi qu'une « amyotrophie »²⁹ faisant régresser le corps vers une apparence prépubère en supprimant les formes liées à la féminité. L'amaigrissement est soit exhibé soit dissimulé sous des vêtements amples. Remarquons que l'association de l'anorexie mentale à un IMC déterminé n'est pas sans conséquences sur le plus ou moins grand sentiment de légitimité que peuvent avoir les sujets anorexiques en tant que tels, et sur leur capacité à admettre la maladie et la nécessité de solliciter

²⁶ « [Le] déni du trouble est quasi systématique au départ, ce qui rend difficile le repérage, entraîne un retard de prise en charge et pose la question de l'adhésion aux soins. », Amandine Turcq, *op. Cit.*, p. 38.

²⁷ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie op. Cit.*, p. 37.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

une aide médicale. L'anorexie mentale basculant, dans 20 à 50% des cas³⁰, dans la boulimie (épisodes ou crises de boulimie sur fond de trouble anorexique persistant) – associée ou non à des techniques de purge –, le poids est susceptible de grandes variations et ne permet pas, à lui seul, de diagnostiquer ou non une anorexie mentale. Des représentations psychiques pathologiques ainsi que des comportements alimentaires déréglés (de type anorexique) sont fréquemment associés à des corps apparemment sains, voire en surpoids. En ce sens, un IMC bas permet sans doute de déterminer l'urgence de la prise en charge médicale et de l'hospitalisation, mais n'est un critère ni absolument nécessaire ni suffisant pour diagnostiquer une anorexie mentale. Ainsi peut-on lire dans une note critique rédigée par une patiente anorexique au sujet du DSM-5 le commentaire suivant :

« Selon moi, le DSM ne rend pas compte des moteurs sous-jacents de l'anorexie. Je pense que les comportements les plus autodestructeurs sont une forme d'automédication, et je suis très consciente du fait que mon anxiété avait fortement, très fortement diminué lorsque j'étais engagée dans mon trouble alimentaire. Tout semblait pacifié et calme quand mon cerveau se bornait à comptabiliser des calories. Pour moi, la rémission consiste à apprendre à gérer l'anxiété de manière saine. Ça a très peu à voir avec le fait d'apprécier les campagnes publicitaires de Dove [« The Dove Campaign for Real Beauty », qui esthétise et valorise dans ses images publicitaires différents types de morphologies et de corps féminins]. Oui, il y a des jours où je me « sens grosse », mais ça se traduit essentiellement par « Je me sens stressée ». D'une certaine façon, ces deux idées se sont mélangées dans ma tête [...], mais ça ne signifie pas que le moteur pour moi soit de devenir mince ; le but est d'être calme, et la minceur en est le résultat. »³¹

³⁰ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>

³¹ C. Arnold, « Thoughts on DSM-5: Anorexia »; *ED Bites*, <http://ed-bites.blogspot.com/2010/02/thoughts-on-DSM-5-anorexia.html>: "In my opinion, the DSM doesn't really do service to the underlying drivers of anorexia. I think most self-destructive behaviors are a way to self-medicate, and I'm very aware that my anxiety went way, way down when I was heavily involved with my eating disorder. Everything seemed very peaceful and quiet when my mind was just tallying calories. For me, recovery is about learning to manage anxiety in a healthy way. It has very little to do with appreciating the Dove beauty campaign. Yes, there are days when I "feel fat," but this mostly translates to "I feel stressed." Somehow, they got linked in my mind [...], but that doesn't mean the driver is for me to be thin; the driver is for me to be calm, and thinness was the result." Nous traduisons.

Ce commentaire met dès à présent en évidence le fait que la minceur soit loin d'être la finalité exclusive ou même première du comportement alimentaire anorexique. La minceur peut n'être que la conséquence secondaire d'une série de comportements ritualisés dont le but premier est de réduire drastiquement les taux d'anxiété. En ce sens, et parce que les compulsions ou raptus boulimiques suivis de vomissements peuvent être davantage employés que le jeûne strict pour lutter contre l'anxiété, une personne faisant plusieurs épisodes de crise par jour se sentira – et sera – tout aussi malade qu'une personne installée dans un comportement exclusivement restrictif relativement stabilisé. Elle ne sera pas *moins* anorexique pour être moins amaigrie. Nous reviendrons dans notre étude sur la place de la recherche de la minceur dans l'anorexie mentale.

L'aménorrhée, enfin, correspond à un « arrêt des cycles menstruels de 3 mois antérieurement réguliers ou de 6 mois pour des cycles antérieurement irréguliers »³². Elle ne figure cependant plus parmi les critères du DSM-5 car elle « n'est pas applicable aux jeunes filles non pubères, aux femmes prenant une contraception orale ou post-ménopausées ou encore aux hommes »³³. Voici en effet les nouveaux critères diagnostiques de l'anorexie mentale tels qu'ils apparaissent dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) :

Voir également Massimo et Wissia, « Hunger, Repletion, and Anxiety »; Angelaki: Journal of the Theoretical Humanities, 2011 ; 16(3), pp. 33-37.

³² Amandine Turcq, *op. Cit.*, p. 37.

³³ Ibid. Voir aussi <https://www.cliniquetamour.com/le-traitement/anorexie> : « Précédemment, dans le DSM-IV, l'aménorrhée était considérée comme une caractéristique pour poser un diagnostic d'anorexie. L'augmentation des troubles alimentaires chez les garçons et les hommes, ainsi que la difficulté à appliquer et valider ce critère pour les jeunes filles prépubères a poussé la communauté scientifique à éliminer ce critère dans le DSM-5 dans l'évaluation de la présence d'anorexie. »

- A. Refus de maintenir le poids au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Le DSM-5 distingue deux formes d'anorexie, une forme restrictive pure et une forme avec crises de boulimie et comportements purgatifs (vomissements, abus de laxatifs, de diurétiques et de lavements).

b) La personnalité (pré)anorexique

Outre la triade anorexie-amaigrissement-aménorrhée, on trouve parmi les caractéristiques psychologiques et physiques les plus fréquemment associées au syndrome anorexique, à titre notamment de traits prédisposants :

- Une « hyperactivité physique et intellectuelle »³⁴ associée à une réduction du temps de sommeil. Bernard Brusset évoque une hyperactivité « scolaire, sociale et physique »³⁵ vécue comme une somme de contraintes que le sujet anorexique s'inflige

³⁴ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*, op. Cit., p. 37.

³⁵ Bernard Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, op.cit., p. 21.

volontairement et qu'il valorise comme telle. La discipline et à certains égards l'austérité du mode de vie sont frontalement opposées à toute « passivité » perçue comme un « laisser-aller » potentiellement destructeur et désintégrant : « il arrive que l'idée de s'arrêter leur paraisse comporter le risque d'une inertie annihilante [...] »³⁶ ;

- L'anhédonie – ou perte de la capacité subjective à ressentir le plaisir³⁷ –, et l'ascétisme. Comme le soulignent, dans leur étude de neurobiologie de l'anorexie mentale intitulée « Nothing Tastes as Good as Skinny Feels: The Neurobiology of Anorexia Nervosa », les chercheurs Walter H Kaye, Christina E Wierenga, Ursula F Bailer, Alan N. Simmons et Amanda Bischoff-Grethe, les individus anorexiques sont « capables de soutenir non seulement l'auto-privation de nourriture mais également le fait de se refuser la plupart des comforts et des plaisirs de l'existence »³⁸. Les sujets anorexiques ont une « aptitude supérieure à différer la gratification [...], comparés aux participants sains. Les anorexiques ont également une sensibilité élevée à la punition et une faible réactivité à la récompense à la fois pendant et après la maladie »³⁹ ;

³⁶ Ibid.

³⁷ « L'anhédonie, ou perte de la capacité à ressentir le plaisir, est un symptôme central de la dépression majeure, de la schizophrénie et d'autres troubles neuropsychiatriques. Le terme « anhédonie » a été introduit par Ribot, psychologue français, en 1896 pour décrire le pendant psychique de l'analgésie chez ses patients. », In R. Gaillarda, D. Gourionb, P.M. Llorcac, « L'anhédonie dans la dépression », L'Encéphale, Volume 39, Issue 4, September 2013, Pages 296-305.

³⁸ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends Neurosci.* 2013;36(2):110-120. doi:10.1016/j.tins.2013.01.003 : “ [...] able to sustain not only the self-denial of food but also most comforts and pleasures in life.” Nous traduisons.

³⁹ Ibid : “Subjects with AN have an enhanced ability to delay reward [...] compared to healthy volunteers. AN subjects also have high punishment sensitivity and low reward reactivity during both the ill and recovered states.” Nous traduisons.

- Un perfectionnisme « et une anxiété de performance »⁴⁰. La personnalité prédisposant au développement de l'anorexie mentale, dite « pré-morbide », est en effet « marquée par des traits obsessionnels [...] [et un] perfectionnisme [...] (Strober 1983; Wonderlich, Lilenfeld et al. 2005) ».⁴¹ Le perfectionnisme, particulièrement, est « retrouvé à tous les stades de l'anorexie (avant l'AM, durant la maladie et après la guérison) (Bardone Cone, Wonderlich et al. 2007). »⁴² ;
- Un désinvestissement et plus généralement un « désintérêt pour la sexualité génitale »⁴³. De manière corollaire, les accès boulimiques ont pu être décrits comme un « équivalent de la masturbation par déplacement génito-oral »⁴⁴. Dans tous les cas, le comportement anorexique, ou anorexique-boulimique (mixte), tend à être décrit comme une régression vers une organisation prégénitale de la sexualité ;
- L'anxiété sociale⁴⁵ ainsi que les « traits de personnalité évitants constitueraient un

⁴⁰ Godart, C. Blanchet, I. Lyon, J. Wallier, M. Corcos, *Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence*, EMC (2009) 10-308-D-10 Endocrinologie – Nutrition, cité par Turcq, A., *op. cit.*, p. 37. Voir aussi H. Chabrol, « L'anorexie mentale de l'adolescente », *Développements*, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 29-38.

⁴¹ Annaïg Courty, *Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger*. Psychology. Université René Descartes - Paris V, 2013, p. 23.

⁴² Ibid.

⁴³ Bernard Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, *op.cit.*, p. 20.

⁴⁴ Ibid., p. 5.

⁴⁵ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa, *Op. cit.*: "AN is associated with high anxiety that is premorbid to the illness and persists after weight restoration. This suggests an underlying anxious trait that is independent of nutritional status." (« L'anorexie mentale est associée à une anxiété élevée qui est préexistante (pré-morbide) à la maladie et qui persiste après la restauration d'un poids normal. Cela suggère l'existence d'un trait de caractère sous-jacent indépendant de la situation nutritionnelle. » ; Nous traduisons.)

facteur de risque et de maintien de l'anorexie mentale (Troop and Treasure 1997; Troop, Holbrey et al. 1998) »⁴⁶. Ces traits relèvent, d'après le DSM-IV-Tr, d'une inhibition sociale, d'un sentiment d'incompétence et d'une hypersensibilité aux jugements d'autrui – le sentiment de valeur est systématiquement indexé sur les jugements sociaux et interpersonnels⁴⁷ ;

- Une caractéristique particulièrement frappante de l'anorexie mentale est la dysmorphophobie⁴⁸ : le corps est inadéquatement perçu comme « gros » alors même que le sujet anorexique est dans un état d'émaciation (ou simplement de minceur). Ce trait est d'autant plus surprenant et incompréhensible que les personnes anorexiques sont capables d'évaluer correctement la forme du corps des autres⁴⁹ : « Les patients et

⁴⁶ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale, *op.cit.*, p. 36.

⁴⁷ S'ensuivent « au moins quatre des manifestations suivantes » : « | Evitement des activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué(e), désapprouvé(e) ou rejeté(e) | Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé(e) | Réserve dans les relations intimes par crainte d'être exposé(e) à la honte et au ridicule | Crainte d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans les situations sociales | Inhibition dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur | Perception de soi comme socialement incompétent(e), sans attrait ou inférieur(e) aux autres | Réticence particulière à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras. », In Annaïg Courty, *op. Cit.*, pp. 35-36.

⁴⁸ Voir notamment S. Skrzypek, P.M. Wehmeier, & H. Remschmidt, « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review », *European Child Adolescent Psychiatry*, 10(4), 2001; ainsi que M. Probst, W. Vandereycken, J. Vanderlinden, & H. Van Coppenolle, « The significance of body size estimation in eating disorders : Its relationship with clinical and psychological variables », *International Journal of Eating Disorders*, 24, 1998, p. 167-174.

⁴⁹ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa, *op. cit.*: «What about body image distortion? This may be the most puzzling of all AN symptoms, in part because AN individuals feel fat, but tend to have normal perceptions of other people's bodies.» (« Que dire de la dysmorphophobie ? C'est sans doute le plus déroutant des symptômes de l'anorexie mentale, notamment parce que les sujets anorexiques se sentent gros, mais tendent à avoir des perceptions normales du corps des autres » ; nous traduisons).

les sujets sains donnent des résultats comparablement justes lorsqu'ils estiment la taille d'objets neutres. »⁵⁰ Aussi, la distorsion de l'image corporelle est « peu susceptible de refléter un déficit général d'ordre sensori-perceptuel. »⁵¹ Nous verrons en effet au cours de notre étude que cette caractéristique doit être nuancée, est inégale d'un sujet anorexique à l'autre et est susceptible d'évolutions chez un même sujet ;

- Enfin, l'alexithymie⁵², soit la difficulté à identifier, discerner et exprimer ses émotions.

c) Conséquences physiologiques de l'amaigrissement et comorbidités psychiatriques

Voir également P. Sachdev, N. Mondraty, W. Wen & K. Gulliford, « Brain of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: An FMRI study », *Neuropsychologia*, 46, 2008, p. 2161-2168.

⁵⁰ Cash, T. F., & Deagle, E. A., III. The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorder*, 1997, 22(2), p. 117: "[...] given that patients and controls gave comparably accurate size-estimates of neutral objects". Nous traduisons.

⁵¹ Ibid.: "[...] is unlikely to reflect a generalized sensory-perceptual deficit." Nous traduisons.

⁵² Taylor, G. J., J. D. Parker, R. M. Bagby and M. P. Bourke. "Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res*, 1996, 41(6): 561-8, cité par Annaïg Courty, *op. Cit.*, p. 24.

Outre les facteurs psychologiques prédisposant à l'anorexie mentale et la pérennisant, les conduites de restriction alimentaire entraînent des effets physiologiques secondaires importants :

- Une basse température corporelle (hypothermie) ;
- Une bradycardie ou une arythmie cardiaque ;
- Une hypotension ;
- Un système immunitaire défaillant ou réduit ;
- Des problèmes intestinaux et urinaires ;
- Une sensibilité extrême au froid ;
- Une insomnie ;
- Une ostéoporose dans certains cas⁵³ ;
- Un lanugo ; etc.

Enfin, les phénomènes de comorbidités psychiatriques sont les suivants :

- Un trouble ou épisode dépressif majeur ou la dysthymie (50-75%)⁵⁴. Malgré cette importante prévalence de la dépression chez les sujets anorexiques⁵⁵, il reste difficile de déterminer si les troubles de l'humeur préexistent à l'anorexie mentale ou sont consécutifs de la dénutrition⁵⁶ ;

⁵³ Pour tous les cas susmentionnés, nous nous référons aux effets secondaires de l'amaigrissement tels qu'ils sont rapportés par Dorothée Legrand dans l'article suivant : Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727.

⁵⁴ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727.

⁵⁵ Godart, N. T., F. Perdereau, P. Jeammet and M. F. Flament (2005). "Comorbidity between eating disorders and mood disorders: review." 9(4): 249-57, cité par Annaïg Courty. Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale, *op.cit.*, p. 23.

⁵⁶ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale, *op.cit.*, p. 23.

- Un trouble obsessionnel-compulsif (25%)⁵⁷. Des études montrent que « les troubles obsessionnels compulsifs [...] préexisteraient au développement de l'anorexie »⁵⁸ ;
- Certains traumatismes psychophysiques, comme les abus sexuels (20 à 50%)⁵⁹, « pourraient être associés à une sévérité particulière de la maladie »⁶⁰ ;
- Un abus de drogue ou d'alcool (12 à 18%)⁶¹ ;
- Un trouble bipolaire (4 à 13%)⁶² ;
- Une personnalité borderline⁶³.

d) Épidémiologie

L'anorexie mentale touche 1 à 2% des femmes. La prévalence serait de 0,48 % dans la tranche des 15-19 ans⁶⁴ ; elle est « plus élevée dans les pays occidentaux, en particulier dans les milieux

⁵⁷ Dorothee Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727.

⁵⁸ Swinbourne, J. M. and S. W. Touyz (2007). "The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review." 35(4): 504-8, cité par Annaïg Courty, *op.cit.*, p. 24.

⁵⁹ Dorothee Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727.

⁶⁰ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale, *op.cit.*, p. 24.

⁶¹ Dorothee Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727.

⁶² Ibid.

⁶³ Sansone, R. A. and L. A. Sansone (2011). "Personality pathology and its influence on eating disorders." 27(1): 73-97. *Innov Clin Neurosci* 8(3): 14-8. ; cité par Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale, *op.cit.*, p. 24.

⁶⁴ Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 2013 Apr;39(2):85-93.

socio-éducatifs moyens à aisés. La prévalence de l'anorexie féminine varie [...] de 0,002 % à 0,9 % dans les pays non-occidentaux contre 0.1% à 5.7% dans les pays occidentaux »⁶⁵. L'anorexie mentale comporte une prédominance féminine nette : on « compte 9 femmes pour 1 homme (APA 2006). Les dernières études internationales confirment la stabilité de ce ratio avec une prévalence féminine de 0,9 à 2,2 % dans la population générale, [...] et une prévalence masculine de 0,2 à 0,3 %. »⁶⁶ Nous nous concentrerons essentiellement dans cette étude sur les anorexies féminines et emploierons systématiquement le féminin par facilité de langage.

L'anorexie mentale possède le taux de mortalité le plus élevé parmi les maladies psychiatriques et « le pronostic reste relativement médiocre à long terme [dans l'étude du devenir de l'anorexie mentale sur onze ans] : 8% [des patientes] sont décédées, 30 à 50% guérissent sans suites physiques ou psychiques notables, 10 à 20% restent maigres [...], 10% restent anorexiques, 5% sont devenues anorexiques-boulimiques et 20% boulimiques »⁶⁷. En effet, une « large partie des sujets dits « rétablis » conservent des comportements alimentaires anormaux avec de fortes préoccupations à propos de leur poids et des perturbations de l'image corporelle (Garfinkel et Garner, 1982) »⁶⁸. Au sein des communautés qui se sont formées au cours des dix dernières années sur Youtube et sur d'autres plateformes virtuelles autour du thème de la rémission des troubles des conduites alimentaires, il n'est pas rare que certaines « animatrices » de chaînes, qui se présentent comme guéries, soient accusées en ce sens d'entretenir des représentations pathologiques et d'être toujours obsédées par la minceur en prétextant un désir de manger sain (orthorexie). En effet, les chaînes pullulent parmi lesquelles se disent « ex-anorexiques » des

⁶⁵ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*, op. Cit., p. 41.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Bernard Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, op.cit., p. 36. Voir également l'étude : C. G. Fairburn, & P. J. Harrison, « Eating disorders », *The Lancet*, 361(9355), 2003, p. 407-416. Voir également D. B. Herzog, D. N. Greenwood, D. J. Dorer, A. T. Flores, E. R. Ekeblad, A. Richards, et al., « Mortality in eating disorders: A descriptive study, *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 2000.

⁶⁸ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*, op. Cit., p. 42.

sujets qui cherchent à concilier régime alimentaire strict (par exemple le végétarisme, le véganisme, ou d'autres régimes restrictifs principalement choisis pour leur faible apport calorique davantage que par conviction) et guérison d'un TCA. La communauté – « *eating disorder recovery community* » – qui s'est spontanément formée sur internet entretient régulièrement des débats et de nombreuses vidéos s'entre-répondent pour savoir qui est réellement « guéri » et qui usurpe ce titre au détriment des abonnés qui utilisent la chaîne à des fins thérapeutiques.

Enfin, le taux de suicide parmi les sujets anorexiques est plus élevé que dans la population générale et demeure la principale cause de décès chez eux⁶⁹.

II – Les modèles étiologiques de l'anorexie mentale

⁶⁹ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 727. Voir aussi les résultats exposés au cours de l'International Conference on Eating Disorders 25-28 avril 2002, Boston : « Une étude longitudinale dont les résultats ont été présentés lors de la conférence internationale sur les troubles alimentaires à Boston, montre que le risque de suicide chez les femmes souffrant d'anorexie mentale dépasse d'un facteur 50 celui des femmes dans la population générale ». Voir enfin M. Pompili, I. Mancinelli, P. Girardi, A. Ruberto, & R. Tatarelli, « Suicide in anorexia nervosa : A meta-analysis », *International Journal of Eating Disorders* (John Wiley), 36(1), 2004.

a) Le modèle psychanalytique

Le modèle psychanalytique de l'anorexie mentale repose sur l'hypothèse principale que les comportements alimentaires sont les symptômes de conflits intrapsychiques et le témoignage somatique et comportemental de failles structurelles dans la constitution identitaire du sujet anorexique⁷⁰. Il y aurait notamment un retard dans le développement ou la maturation psychique du sujet⁷¹, avec fixation à des catégories mentales infantiles : Hilde Bruch identifie en ce sens un ensemble de croyances erronées et de modes de raisonnement archaïques (et paralogiques) qui composent les circuits de pensée de ses patientes anorexiques⁷². La thérapie a pour enjeu de débusquer de telles prémisses fausses des raisonnements :

⁷⁰ M. Corcos, M.-E. Dupont, « Approche psychanalytique de l'anorexie mentale », *Nutrition clinique et métabolisme* 21 (2007) 190–200 ; p. 191 : « L'enfant, puis l'adolescent, n'a pu se nourrir (digérer et assimiler) et s'épaissir de sa propre histoire familiale (c'est-à-dire en définitive s'identifier) : que celle-ci ait été vide ou stéréotypée, qu'il en ait été écarté faute d'avoir été investi, qu'un traumatisme l'en ait exclu ou plus insidieusement qu'il ait été soumis à elle, accaparé et parasité par une problématique parentale, menaçante pour son autonomie ». Voir également H. Vermorel et M. Vermorel, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », *Revue française de psychanalyse*, vol. 65, no. 5, 2001, pp. 1537-1549.

⁷¹ Ibid. : « Pour le formuler autrement, l'adolescent a manqué et manque d'espace (psychique) ce qui altère la construction et la reconstruction de son moi corporel et psychique ».

⁷² Voir par exemple l'interrogation constante au sujet des motivations des autres, la tentative de deviner et de devancer les attentes parentales pour s'y conformer, qui engendrent un dédoublement typiquement infantile de la pensée, cf. Hilde Bruch, *Conversations avec des anorexiques*, Paris, Ed. Payot et Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2005, p. 72 : « Parce qu'elle pense qu'ils veulent être gentils et attentionnés, leur fille se retrouve dans une tension permanente provoquée par l'effort de deviner leurs sentiments et de montrer qu'elle estime qu'ils se conduisent avec « gentillesse et considération ». Cela engendre chez la malade une bonne conduite rigoureuse et un processus de pensée dédoublée et qui normalement caractérise le jugement moral d'un très jeune enfant. Ce type de pensée (où l'on essaie de continuer à penser en même temps qu'on cherche à comprendre les réactions et les

« Piaget nous a appris que l'aptitude à penser, le développement conceptuel, passe par des stades précis. Bien que le potentiel de ce développement par étapes soit inhérent à la nature humaine, il a besoin pour s'épanouir comme il convient d'un environnement stimulant. Il semble que chez les jeunes anorexiques cette stimulation soit insuffisante. Elles continuent à fonctionner avec les convictions morales et le style de pensée de la prime enfance. Piaget appelait cette phase la phase des opérations préconceptionnelles ou concrètes ; on l'appelle aussi la période de l'égoïsme, et elle se caractérise par des concepts d'efficacité magique. Il semble que les anorexiques ne parviennent pas à dépasser cette phase, au moins dans la manière dont elles abordent les problèmes personnels. Le développement de la phase caractéristique de l'adolescence, qui implique l'aptitude à des opérations formelles, à l'abstraction de la pensée et à l'indépendance de jugement, est chez elles insuffisant, ou même totalement inexistant. »⁷³

Le modèle psychanalytique met en évidence un axe majeur d'interprétation : l'articulation ou plutôt l'intrication du désir maternel et du désir du sujet anorexique, et la difficulté conséquente, pour l'enfant, d'identifier et d'affirmer son propre désir par-delà le sentiment d'être une extension narcissique – mais aussi corporelle – de sa mère. En somme, la psychanalyse tend à montrer que la personne anorexique vit son corps – dont les contours ne sont pas nettement définis – comme ne lui appartenant pas mais étant pris dans « l'incorporat maternel »⁷⁴. De plus, elle ne parvient pas à se constituer comme sujet autonome doué de désirs propres puisque son existence est subordonnée à la satisfaction du désir parental⁷⁵. Aussi la réalisation de ses propres désirs est-elle très tôt conçue comme « usurpée » sur celle des attentes

motivations parentales) est typique des anorexiques même chez celles qui se laissent parfois aller à des crises de désobéissance ou de désaccord colérique ».

⁷³ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 62.

⁷⁴ Ibid., p. 192. Au-delà de cet aspect, voir notamment : F. Guillen, « L'anorexie mentale : symptôme ou acting-out ? », *Psychanalyse*, vol. no 5, no. 1, 2006, pp. 59-69. Voir également V. Marinov, *L'anorexie, une étrange violence* ; Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

⁷⁵ Le sujet anorexique « devait se fondre dans les souhaits et attentes des parents » au point de ne pas développer « l'aptitude à une action auto-dirigée » [the anorexic subject “had to mould herself to her [parents'] wishes and expectations – in effect – to be without thought or the ability for self-directed action], In Dorothée Legrand, “Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa”, op. Cit., p. 730.

hégémoniques des parents ; attentes que l'enfant cherche constamment à anticiper et à satisfaire au détriment de ses propres évolutions de caractère et envies :

« La situation angoissante c'est de deviner à l'avance ce que les parents veulent offrir et d'accepter le cadeau avec une reconnaissance enthousiaste. [...] Una se rappelait comment un jour, au moment de partir à l'école, elle découvrit une boîte contenant une magnifique coiffure indienne. Elle en conclut, à juste titre, que c'était le cadeau qui lui était destiné pour Noël. Elle ne s'intéressait plus alors aux Indiens et elle s'était sentie embarrassée à l'idée de porter une telle coiffure, mais elle se remit à parler des Indiens, parce que ce qui importait c'était que sa mère soit satisfaite du cadeau choisi. Elle ressortit de vieux livres et se mit à dessiner des Indiens, tout cela pour rassurer sa mère. Même au cours du traitement, elle se livrait à un véritable travail de détective pour découvrir ce que ses parents projetaient, puis ensuite trouver des manières subtiles de leur faire savoir que c'était ce qu'elle voulait. »⁷⁶

Hilde Bruch insiste particulièrement sur la servilité de l'enfant (que fut le sujet anorexique) face à ses parents, son excessive docilité et son passif « d'enfant modèle » vis-à-vis duquel le symptôme anorexique apparaît comme une subversion et une tentative de rupture avec la relation fusionnelle aux parents.

L'impossibilité où se trouve le sujet d'anorexique d'affirmer – et parfois seulement d'identifier – son propre désir est corrélée non seulement à la tendance des parents à projeter sur leur enfant des ambitions et attentes de performances irréalistes, mais également à être inattentifs à l'expression du désir de l'enfant qui finit par se censurer lui-même pour ne pas troubler l'équilibre familial. L'absence d'attention portée à l'enfant n'est ainsi pas le seul fait de la mère, mais engage aussi le rôle du père. Nous développerons succinctement ces deux portraits-types des parents de jeunes filles anorexiques dont certains éléments seront mobilisés dans nos analyses ultérieures. Pour ces deux axes, nous nous appuierons essentiellement sur les travaux de Dorothée Legrand, qui nous semblent développer de manière exhaustive, en les articulant conceptuellement, les problématiques psychanalytiques majeures liées à l'anorexie

⁷⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 60.

mentale : (1) le rapport à la mère à travers la question du don alimentaire ; (2) le rapport au père à travers la question de son absence relative.

Inscrivant l'anorexie mentale dans le rapport à la mère et plus précisément sur la scène du don alimentaire dont celle-ci a originairement le pouvoir, Lacan distingue le désir du besoin articulés dans toute demande du sujet :

« Ce qu'évoque toute demande au-delà du besoin qui s'y articule, et c'est bien ce dont le sujet reste d'autant plus proprement privé que le besoin articulé dans la demande est satisfait. Bien plus, la satisfaction du besoin n'apparaît là que comme le leurre où la demande d'amour s'écrase, en renvoyant le sujet au sommeil où il hante les limbes de l'être [...]. Mais l'enfant ne s'endort pas toujours ainsi dans le sein de l'être [...], surtout si l'Autre qui a aussi bien ses idées sur ses besoins s'en mêle et, à la place de ce qu'il n'a pas, le gave de la bouillie étouffante de ce qu'il a, c'est-à-dire confond ses soins avec le don de son amour. C'est l'enfant que l'on nourrit avec le plus grand amour qui refuse la nourriture et joue de son refus comme d'un désir (*anorexie mentale*). »⁷⁷

L'enfant qui deviendra anorexique est celui dont le désir – au regard duquel tout objet matériel est nécessairement incommensurable – est d'autant plus frustré que le besoin – ici alimentaire – est comblé. Résister à la satisfaction du besoin serait ainsi le moyen trouvé par le sujet anorexique pour affirmer son désir (de reconnaissance intersubjective et d'« amour ») irréductible à tout aliment. Dorothée Legrand détermine en ce sens le critère distinctif entre besoin et désir : « le besoin est éveillé par l'absence de son objet (ici la nourriture) et neutralisé par sa présence. Le besoin engage ainsi une forme de manque (par exemple l'expérience de la faim) au sens d'un défaut de présence (un vide dans la bouche ou l'estomac). Le désir, par contraste, ne se caractérise pas par un défaut de remplissage (ou rassasiement) : il ne fait l'objet

77 Jacques Lacan, « La direction de la Cure et les Principes de son Pouvoir » [1958], in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 627-8. Voir aussi Renaud Barbaras, *Introduction à une phénoménologie de la vie* ; Paris, Vrin, 2008. ; « Life, Movement and Desire », *Research in Phenomenology*, 38, 2008.

d'aucun manque au sens où rien [nulle chose] ne peut le combler »⁷⁸. La nourriture occupe une place « ambivalente »⁷⁹ en ce sens qu'elle n'est jamais demandée pour la pure satisfaction d'un besoin organique mais qu'elle matérialise également, à titre de médiation, un désir de validation intersubjective⁸⁰. Or, la « transaction » alimentaire peut ne pas remplir une telle finalité dans deux situations : (a) lorsque le don de nourriture est refusé, écrit Dorothée Legrand, non seulement les désirs de l'enfant ne sont pas pris en compte, mais les besoins eux-mêmes sont négligés ; (b) lorsque la nourriture est accordée comme un simple moyen de satisfaire les pulsions organiques de l'enfant, ce don prosaïque étouffe en même temps le désir articulé dans la demande (situation décrite par Lacan). Dans le dernier cas, l'acte alimentaire se réduit à lui-même et n'est plus transcendé par une dimension de reconnaissance intersubjective. C'est ce scénario dans lequel, selon l'hypothèse lacanienne, le sujet anorexique peut résister à la nourriture pour exhiber, à même son refus, son désir. Le désir serait d'autant plus saillant que le sujet se nierait comme être de besoin. Nous retrouverons chez Hegel, dans nos développements ultérieurs sur la conceptualisation du travail (ou « activité pratique de la conscience de soi »), cette thèse d'une auto-transcendance de l'homme par rapport à sa condition biologique. L'anorexique chercherait, de manière seulement exacerbée, à s'affirmer au moyen d'une telle auto-transcendance par ailleurs consubstantielle à l'activité humaine du travail – thèse dont nous examinerons les limites. Ici, nous nous bornons à dire que, d'après le modèle psychanalytique, le sujet anorexique est asservi au désir de la mère, et lui est d'autant plus tyranniquement soumis que son propre désir est sans cesse invisibilisé dans la mesure même où ses besoins biologiques sont satisfaits. En somme, c'est sa condition de *sujet* qui n'est pas reconnue à l'enfant.

⁷⁸ Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing »; Collapse. Special Issue on Culinary Materialism Vol. VII, 2011; p. 523: “Need is awakened by the absence of the needed object (e.g. food), and turned off by its presence. Need thus involves a form of lack (e.g. hunger) in the sense of a default of presence (e.g. an emptiness in mouth and stomach). Desire, by contrast, is not characterized by a lack of fulfillment: it lacks nothing in the sense that no thing can fill it in [...]”. Nous traduisons.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

Le modèle psychanalytique engage enfin le rôle du père dans la formation des prédispositions à l'anorexie mentale. Le père se caractérise lui aussi par son *inattention* à l'enfant, à sa personnalité et à ses aspirations propres. Il apparaît par excellence comme « autoritaire, c'est-à-dire très exigeant mais pas réactif [sensible à l'enfant] »⁸¹, ce qui développe un important surmoi chez ce-dernier, une propension à s'évaluer et à se déprécier constamment, mais aussi une « faim du père »⁸² (*father hunger*) : « une faim chez la fille d'une connivence émotionnelle avec son père »⁸³. Une telle faim n'étant jamais comblée, « la jeune fille commence à se sentir honteuse de son désir de contact avec le père, supposant qu'il y a quelque chose de mal à vouloir davantage de lui. Elle peut se mettre à douter de la légitimité de ses appétits en général, que ce soit pour les relations, la nourriture ou le sexe... Au lieu de faire le deuil de la connexion désirée avec le père, elle blâme son désir »⁸⁴. Aussi se met en place une réaction « adaptative »⁸⁵ au « trauma »⁸⁶ répété d'être invisible et d'éprouver ses désirs comme irrecevables et faisant l'objet de méprises multiples : la jeune fille anorexique se rend elle-même incompréhensible, opaque, et ne cherche plus à être comprise. Elle redouble d'une couche d'opacité son propre sentiment d'être incomprise⁸⁷. Cette réaction se traduit notamment par une tendance mutique, une incapacité à trouver les mots pour se dire⁸⁸, que nous développerons ultérieurement. Nous

⁸¹ Dorothee Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their disintegration in anorexia nervosa », *op. Cit.*, p. 730: "To the anorexic subject, her parents, and particularly her father appears as authoritarian, i.e. demanding but not responsive (Enten & Golan, 2009). This finding coheres with the idea that authoritarian parenting style is related to low self-esteem and high self-judgment, itself characteristic of anorexia." Nous traduisons.

⁸² Ibid: "This would lead to a "father hunger" (Maine, 1991)". Nous traduisons.

⁸³ Ibid: "a hunger of the daughter for an emotional connection with her dad". Nous traduisons.

⁸⁴ Ibid: "Lacking parental feedback, "the daughter begins to feel ashamed of her desire for contact with dad, assuming that something is wrong with her for wanting more of him. She may begin to doubt the validity of her appetites, be it for relationships, for food, or for sex ... instead of acknowledging and mourning the loss of the desired connection to dad, she blames herself for her father hunger" (Maine, 1991, p. 74)". Nous traduisons.

⁸⁵ Ibid: "As an "adaptive" reaction to the traumatism of cumulative misunderstanding".

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid: "In such a view, anorexic subjects would be "lost for words" (Ibid.): "words are as, if not more problematic, for women with eating disorders than their relationship to food ... Finding words, in contrast

voyons pour l'heure que, selon le modèle psychanalytique, c'est toujours l'absence d'attention des parents, chacun à sa manière, aux désirs de l'enfant – désirs qui engagent indissociablement la reconnaissance de l'enfant comme sujet – qui est décisive, et conduit à une auto-censure tout à la fois défensive et punitive de l'enfant. Le symptôme anorexique à ce titre joue un double rôle ambivalent de révolte et de soumission à un état de fait familial.

b) Le modèle féministe

Le modèle féministe étudie la possibilité d'une relation *causale* entre anorexie mentale et déterminants socioculturels. Le point de départ de ce modèle est le fait qu'une grande majorité de sujets anorexiques – 90%⁸⁹ – vit dans des pays occidentaux⁹⁰ et que 9 cas sur 10⁹¹ sont des femmes. Ainsi la question se pose de savoir dans quelle mesure la féminité, telle qu'elle est construite dans les sociétés occidentales modernes, entraîne les femmes dans la psychopathologie. Différents arguments sont mobilisés :

- L'omniprésence des représentations minces voire maigres du corps féminin dans les images de mode, les images publicitaires et médiatiques, ainsi que l'injonction plus générale de minceur adressée aux femmes en permanence (à travers les médias

to being lost, frustrated, or attacked by them, suggests a capacity for communication, which recognizes the presence of another" (Ibid., p. 5)."

⁸⁹ Ibid., p. 728.

⁹⁰ Cf. « épidémiologie » ci-dessus.

⁹¹ Catherine Ouellet-Courtois, « Troubles alimentaires et enjeux féministes », Tribune, 16 avril 2018. Voir également Mahowald MB, « To Be or Not Be a Woman: Anorexia Nervosa, Normative Gender Roles, and Feminism »; Journal of Medicine and Philosophy, 1992 ; 17(2), pp. 233-251.

occidentaux), constituent un encouragement aux régimes alimentaires, à leur chronicisation et au danger de leur basculement dans un trouble du comportement alimentaire. L'idée est ici que le discours adressé aux femmes n'est pas seulement que le corps maigre est *esthétique*, mais également qu'il est porteur d'opportunités professionnelles et sociales : « mon corps définit de fait qui je suis, quelles opportunités me seront offertes ou refusées, quelles seront mes expériences, comment les autres interagiront avec moi »⁹². Ainsi, pour les femmes bien davantage que pour les hommes, le corps serait culturellement construit comme *médium* de réussite et plus généralement de présentation de soi. Le corps est ce par quoi les femmes sont socialement appréhendées et définies, jugées et connues. Elles existent *d'abord* corporellement et peuvent très marginalement s'affranchir de ce mode d'existence pour en privilégier d'autres auxquels les hommes accéderaient immédiatement. En l'occurrence, la maigreur est tout à la fois constituée comme attribut permettant à une femme d'être un objet idéal de désir masculin, et comme un signe de distinction et d'élévation sociales. Notons que ce premier argument repose sur l'extension à l'ensemble de la société et la banalisation d'un changement qui s'opère, d'après les analyses historiques de Muriel Darmon, au XIXe siècle : « [...] émerge, à partir du milieu du XIXe siècle, une nouvelle distribution des cartes du maigre dans l'espace social des corps, le jeûne et la maigreur passant du statut de stigmates de la pauvreté à celui d'attributs de l'excellence sociale féminine »⁹³ ;

- Dans la continuité du premier argument, les interprétations féministes de l'anorexie mentale insistent sur le caractère subalterne et servile de la féminité telle qu'elle est socialement construite : les femmes seraient éduquées à s'évaluer à travers le regard et

⁹² R. J. Lester, The (dis)embodied self in anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 1997, 44(4), 479–489 : “my body does define who I am, what opportunities will be opened or closed to me, what my experiences will be, how others respond to me”. Nous traduisons. Cité par Dorothée Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 728.

⁹³ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. Cit.*, p. 29. Voir également Y. Knibiehler, « Corps et cœurs », in G. Duby, M. Perrot (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, Plon, Paris, 1991.

le jugement des autres bien davantage que les hommes. Le regard extérieur serait, pour une femme, le médiateur par excellence de sa vision d'elle-même, dont elle intérioriserait rapidement les critères et le système de valeurs dans un cadre radicalement hétéronome. Une femme apprendrait très vite à se rapporter à elle-même, et à évaluer ses performances, *à travers* les désirs masculins et sa plus ou moins grande capacité à les satisfaire. Ainsi, « Susie Orbach comme Morag MacSween situent les causes de l'anorexie dans les modèles de féminité propres aux sociétés capitalistes et à la culture de masse »⁹⁴ : la féminité « implique la soumission aux besoins et aux désirs des autres, et la définition de soi à travers le regard des autres »⁹⁵. Par conséquent, les femmes sont dans « l'impossibilité de reconnaître et de satisfaire leurs propres besoins »⁹⁶, ce qui entraîne le processus anorexique dans lequel sont créés un « faux Soi »⁹⁷ et un « faux corps »⁹⁸. Les femmes, habituées à se juger d'après les regards portés sur leurs corps, seraient pour la plupart inaptes à affirmer et imposer leur propre système de valeurs, allant jusqu'à méconnaître la nature de leurs désirs. La maigre anorexique serait le témoin de cette méconnaissance de soi ou de ce vide subjectif (nous reprendrons partiellement et modifierons cette idée dans nos analyses ultérieures) ;

- En effet, un autre argument des thèses féministes consiste à dire que la notion même d'individualité est conçue d'après des caractéristiques et des attributs masculins, et qu'ainsi les femmes reçoivent une injonction contradictoire lorsqu'elles sont invitées à se réaliser comme « individus »⁹⁹. Le parachèvement de l'accomplissement individuel serait nécessairement *masculin*, et les femmes se heurteraient ainsi à une incomplétude ou à un sentiment d'insuffisance structurellement inévitable. Les femmes « seraient

⁹⁴ L. Godin, Saisir l'anorexie par le corps : de la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, 2014, 27 (1), 31–47.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

dans l'impossibilité de développer un Soi complet, achevé [...] »¹⁰⁰. C'est la raison pour laquelle elles chercheraient, à travers le symptôme anorexique, à réduire le conflit entre la « rationalité » supposément masculine (rationalité qui permet de devenir un individu et d'obtenir une dignité de *sujet*) et la « sensualité » censément féminine (qui aliène la femme à des fonctions de corps et à des instabilités hormonales et émotionnelles la rendant périodiquement incapable de rationalité)¹⁰¹ : la maigreur anorexique, qui domine les besoins physiques, est le règne de l'esprit sur le corps. En somme, l'anorexie permettrait ici de résoudre le caractère aporétique de l'injonction adressée aux femmes d'affirmation et de réussite individuelles.

- Enfin, les analyses féministes mettent en évidence, dans la droite ligne de l'argument précédent, le caractère paradoxal de l'émancipation des femmes au XXe siècle, qui aurait progressé de concert avec « des idéaux inatteignables imposés par une société patriarcale »¹⁰² au sein de laquelle l'obsession de la minceur ne dénoterait pas tant un idéal esthétique qu'une volonté de dresser le corps féminin et de s'assurer, plus largement, de la docilité des femmes. Les femmes « doivent consacrer temps et argent afin de répondre aux critères de beauté imposés par le marché du travail – une femme se doit non seulement d'être compétente, mais également belle, jeune et mince »¹⁰³.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid. : « Pour MacSween, le problème est plutôt celui de la définition des genres : la féminité serait définie par opposition à la masculinité, et l'individualité, présentée comme neutre ou non genrée, se définirait par les caractéristiques de la masculinité. Néanmoins, on enjoint aux femmes comme aux hommes de devenir des individus ; on interdirait donc *de facto* aux femmes de remplir les exigences qui pèsent sur elles. C'est par l'action sur le corps et le déni de l'appétit que les anorexiques chercheraient à résoudre cette contradiction : 'The struggle between 'male' rationality and 'female' sensuality is played out in the single unit of the anorexic body through the radical splitting of appetite from the conscious control of the self. The anorexic woman then becomes the object of the appetite she set out to eliminate'. »

¹⁰² Catherine Ouellet-Courtois, « Troubles alimentaires et enjeux féministes », *op. cit.*

¹⁰³ Ibid.

Ainsi, on pourrait dire que dans ce modèle étiologique et cadre interprétatif, l'anorexie mentale apparaît comme la conséquence d'une émancipation féminine imparfaite, inachevée, et qui serait allée de pair avec un durcissement du contrôle et de la réglementation¹⁰⁴ des corps féminins par la diffusion massive d'un idéal corporel inatteignable. La maigreur anorexique aurait une double fonction : elle servirait à optimiser la « valeur » de l'individu mais également à réduire ce qui, du corps féminin, est précisément féminin – par un amaigrissement dissimulant les courbes –, et donc à rapprocher la femme de l'idéal masculin dont nous avons vu ci-dessus qu'il était constitutif de la notion même d'individualité. En ce sens, Hilde Bruch note elle-même :

« Chez [certaines jeunes filles anorexiques], la puberté peut représenter la fin d'un rêve secret, celui de devenir un garçon. Quelques-unes reconnaissent franchement qu'elles auraient préféré être des garçons. Certaines en parlent quand elles commencent à exprimer le dégoût pour le corps féminin. Avant d'aller à l'école, Joyce avait joué avec un garçon du voisinage. Bien qu'évasive sur les détails, elle avait le sentiment que son irritation concernant le corps féminin remontait à cette époque ; le garçon était plus turbulent, il faisait mieux les choses, il était plus indépendant. Maintenant, elle a l'impression que sa minceur la fait ressembler davantage à un homme et elle veut être l'égale des hommes, notamment pour prouver qu'elle a la même vigueur. »¹⁰⁵

Le modèle féministe nous intéressera dans nos propres analyses ultérieures en ceci qu'il permet de connaître le contexte socioculturel dans lequel les jeunes femmes anorexiques évoluent et développent leur psychopathologie. Ce contexte ne nous semble pas indifférent et il nous paraît discutable d'affirmer par exemple que les phénomènes médiévaux religieux et mystiques de jeûne radical – les « saintes » anorexiques étudiées notamment par Jacques

¹⁰⁴ Ibid: « Sandra Lee Bartky (1988), philosophe à l'Université de l'Illinois (1935-2016), fait référence au « corps docile » de Foucault afin d'expliquer comment le corps de la femme est réglementé par des normes de dite féminité, concept selon lequel le corps doit être « amélioré » par le maquillage, l'exercice physique, les régimes et la chirurgie afin d'être jugé comme socialement apte. »

¹⁰⁵ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, Op. Cit., pp. 88-89.

Maître¹⁰⁶ – relèvent de la même anorexie que nous observons aujourd’hui et dont le diagnostic apparaît à la fin du XIXe¹⁰⁷. Nous verrons notamment que les sujets anorexiques font un usage *instrumental* des représentations sociales contemporaines associées à la maigreur, et que ces représentations peuvent avoir un rôle, sinon causal, du moins *renforçant* dans le maintien de la maladie.

Cependant, le défaut majeur du modèle féministe est qu’en dépit de la pertinence de certaines de ses observations, il ne permet pas d’expliquer pourquoi une minorité seulement (2%) de femmes deviennent anorexiques¹⁰⁸ : si la pression est généralisée à l’ensemble des femmes, pourquoi n’y sont-elles pas toutes vulnérables au point de développer une anorexie mentale ? Ce problème demeure irrésolu. De plus, le modèle féministe tend à amalgamer l’anorexie mentale à un régime alimentaire chronique qui prendrait une forme sévère, or comme le note Hilde Bruch, « l’anorexie mentale est une maladie extrêmement complexe, qui va bien au-delà d’un régime effréné »¹⁰⁹.

Que ce soit dans sa forme restrictive pure ou dans sa forme associée à une boulimie et des vomissements, l’anorexie mentale se caractérise par une radicalité mortifère qui n’a que peu à

¹⁰⁶ Jacques Maître, *Anorexies religieuses et anorexie mentale*, Essai de psychanalyse sociohistorique, de Marie de l’Incarnation à Simone Weil, Paris, Ed. du Cerf, coll. « Sciences humaines et religions », 2000.

¹⁰⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. Cit.*, p. 24. Voir, au sujet de l’idée d’une apparition concomitante du diagnostic médical et de la maladie, les thèses de I. Hacking dans *Les fous voyageurs*, trad. Françoise Bouillot, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, 2002.

¹⁰⁸ Dorothée Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 728: “However, while this social pressure may weight on anorexic’s shoulders, it is presumably so pervasive that it would be present for any women, thereby leaving unexplained what leads “only” some of them to fall into anorexia.” (Cependant que cette pression sociale pèse sans doute sur les épaules des anorexiques, elle est supposément si invasive qu’elle doit peser sur toutes les femmes, laissant irrésolue la question de savoir pourquoi « seulement » quelques-unes deviennent anorexiques » ; nous traduisons).

¹⁰⁹ Hilde Bruch, *L’énigme de l’anorexie*, *Op. Cit.*, p. 112.

voir avec une pratique fréquente et excessive des régimes alimentaires. Le critère de différenciation majeur est qu'au contraire de la psychopathologie proprement dite, le régime alimentaire peut certes devenir contraignant et obsessionnel mais il n'est jamais *invasif* au point de redéfinir entièrement l'existence et de réorganiser la personnalité autour de lui. Les anorexiques qui pratiquent un jeûne prolongé, des restrictions draconiennes, l'ingestion de laxatifs et de diurétiques, le sport excessif et enfin les crises boulimiques suivies de vomissements sont, elles, dans un réaménagement intégral de leur vie, de leurs projets et de leurs ambitions autour de la maladie de telle sorte qu'à terme, cette dernière se soumet toutes les sphères de l'existence et efface une partie conséquente de la personnalité. Voyons par exemple comment Hilde Bruch décrit le phénomène boulimique qui s'associe à certaines anorexies mentales :

« Les malades anorexiques qui pratiquent la boulimie se font des idées bizarres sur la nourriture, différentes dans chacun des cas, mais on retrouve chez toutes la conviction que la nourriture qu'elles se sentent forcées d'engloutir ne peut être assimilée, ou bien qu'elle serait nocive, et qu'il faut donc l'éliminer du corps par le vomissement. »¹¹⁰

Notons que de telles représentations de nocivité et de toxicité associées à la nourriture, qui tendent à la diaboliser et à l'assimiler à un danger dont il faut se défendre en vomissant, ne sont déjà pas caractéristiques des pensées des sujets sains qui s'en tiennent à des régimes alimentaires cycliques et voient les nourritures grasses comme des nourritures à *éviter*. Il n'y a pas, chez un sujet sain, l'idée que la nourriture, une fois consommée, possède la capacité de *faire du mal* ou de nuire. Hilde Bruch poursuit :

¹¹⁰ Ibid., p. 106.

« Une fois apparu ce symptôme d'ensemble [la boulimie suivie de vomissements], il a tendance à s'aggraver et à devenir de plus en plus difficile à soigner. Pour rendre, il faut consommer des quantités de plus en plus importantes de nourriture. Les sommes investies dans cette routine sont prodigieuses. »¹¹¹

Ici aussi, on voit que la boulimie, associée à un comportement addictif, est extrêmement coûteuse. Ainsi une ancienne anorexique-boulimique ayant répondu à nos questions d'entretien, Mathilde P., écrivait :

« À long terme, on abîme son cœur, ses dents, son estomac, œsophage etc. À moyen terme, je pense avoir laissé près de 150 000 € dans des chasses d'eau. Sur le court terme, la compulsion et l'état second post-crise mettent en parallèle de la vie sociale. »

De telles sommes ne sont pas dépensées dans un comportement de pur « régime » alimentaire : elles le sont parce que le sujet anorexique se sent incapable de résister à une *compulsion*. Hilde Bruch écrit enfin :

« Le vomissement devient [un] rite individualisé ; certaines ont beaucoup de difficulté à régurgiter et peuvent se faire du mal dans leurs efforts pour y parvenir. D'autres rejettent la nourriture simplement dans un hoquet sans aucune stimulation particulière. La plupart doivent procéder à un doux chatouillement de la gorge pour déclencher les haut-le-cœur. Puisqu'elles éliminent la nourriture, elles ont constamment faim et elles peuvent donc se livrer à des orgies alimentaires plusieurs fois par jour. Cela peut leur prendre tellement de temps qu'il leur en reste peu pour faire autre chose. »¹¹²

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid., p. 107.

On voit que les comportements d'un TCA se caractérisent par leur aspect invasif et ravageur, privant peu à peu le sujet de sa capacité à *vivre*. Cet aspect est incommensurable avec les comportements restrictifs des régimes alimentaires hypocaloriques ou avec des vomissements ponctuels. Le modèle féministe de l'anorexie mentale ne permet pas réellement de comprendre pourquoi certains sujets en viennent à de tels agencements autodestructeurs, que Lacan appelle des « suicides différés »¹¹³.

c) Le modèle médical

La psychiatrie biologique, « armée de son puissant modèle théorique, qui fait la transition entre une thérapie et une clinique encore largement *empiriques* – ce que Claude Bernard¹¹⁴ voyait comme un état transitoire »¹¹⁵ –, apporte de nombreux résultats qui, associés à l'amélioration de notre compréhension du fonctionnement normal du cerveau, sont en mesure de nous éclairer sur cette pathologie. Le modèle médical privilégie tendanciellement la neuro-imagerie qui permet d'exhiber, au niveau anatomique et fonctionnel, « les altérations cognitives mises en évidence par les tests neuropsychologiques »¹¹⁶. La plupart des anomalies « sont inconstantes, et régressent avec la renutrition [,] ce qui laisse à penser qu'elles sont plutôt la conséquence de

¹¹³ Jacques Lacan, *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, Paris, Navarin, 1984, p. 34.

¹¹⁴ Claude Bernard, *Principes de la médecine expérimentale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1947, p. 59 : « L'empirisme en médecine doit précéder l'état scientifique, ainsi que cela s'est vu dans toutes les sciences ».

¹¹⁵ Mathieu Beaujour, « Electroconvulsivothérapie et Hypothèse convulsive : Soins, Construction de soi et Mythologies neuropsychiatriques », mémoire de M1, Lophiss-2, dir. Claude Debru (ENS), 2010.

¹¹⁶ Amandine Turc, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, op. Cit, p. 51.

la dénutrition que [sa] cause. »¹¹⁷. Les études montrent, parmi les sujets anorexiques, les modifications morphologiques et fonctionnelles principales suivantes :

- « Un élargissement des ventricules (troisième ventricule et ventricules latéraux) »¹¹⁸ ;
- « Une diminution du volume de la substance grise au niveau des lobes pariétaux et temporaux » et « une activité cérébrale diminuée des cortex pariétaux, cingulaires antérieurs et frontaux à la phase aigüe de la maladie »¹¹⁹ ;
- Des « anomalies du débit sanguin au repos chez les patients en phase aigüe ; mais aussi en rémission »¹²⁰ dans différentes zones cérébrales, notamment le lobe temporal et les aires associées chez approximativement 75% des sujets au stade précoce du développement de l'anorexie mentale¹²¹ ;
- Une activation du « réseau de la peur » (amygdale droite, gyrus fusiforme et région du tronc cérébral) lors de la présentation d'images distordues de leur propre corps aux sujets anorexiques¹²² ;
- « Une réduction du volume hypothalamique »¹²³ ;

¹¹⁷ Ibid., p. 34.

¹¹⁸ Ibid., p. 52.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ibid., p. 55.

¹²¹ Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op. cit.*, p. 728: "Unilateral reduction of blood flow in the temporal lobe and/or associated areas in approximately 75% of subjects with early onset anorexia". Nous traduisons. Voir également, R. Matsumoto, Y. Kitabayahsi, J. Narumoto, Y. Wada, A. Okamoto, Y. Ushijima, et al., « Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the recovery process of anorexia nervosa », *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(7), 2006, p. 1265-1270.

¹²² Ibid.: "Activation of the "fear network" (right amygdala, the right gyrus fusiformis and the brainstem region) during the presentation of distorted images of the anorexic subjects' own body." Nous traduisons. Voir également G. Seeger, BRAUS, D. Braus, M. Ruf, U. Goldberger, & M. Schmidt, « Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa – a functional magnetic resonance imaging study », *Neuroscience Letter*, 326, 2002, p. 25-28.

¹²³ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, *op. Cit.*, p. 52.

- « Un défaut d'intégration multisensorielle lié à un défaut de fonctionnement du cortex pariétal droit »¹²⁴ ;
- Une « corrélation significative entre l'activation cérébrale dans le cortex préfrontal dorsolatéral droit et la conscience intéroceptive (soit la capacité à reconnaître et à nommer ses propres états émotionnels internes) chez les sujets anorexiques avant le traitement, tandis que la corrélation n'a pas été décelée chez les sujets traités »¹²⁵ ;
- « Un défaut de recrutement sous-cortical (thalamus et striatum) et frontal (cortex cingulaire antérieur, aire motrice supplémentaire) lors des épreuves de changement de réponse comportementale pour lesquelles les patients anorexiques obtiennent de moins bons scores que les sujets témoins »¹²⁶, témoignant d'une moindre capacité de flexibilité cognitive ;
- Une diminution de l'activité de l'insula conduisant à « un défaut d'intégration et de régulation des stimuli neurovégétatifs, sensoriels et émotionnels »¹²⁷ ;
- « Un afflux sanguin accru dans le lobe temporal médian durant la présentation de nourritures hautement caloriques »¹²⁸ ;

Au-delà de l'étude des anomalies anatomiques, se distingue la piste neurobiologique majeure de l'étude du système sérotoninergique. Parmi les sujets anorexiques ou anciennement anorexiques auprès desquels nous avons pu réaliser nos entretiens, nous avons constaté un nombre significatif de cas pour la guérison desquels la prise d'un antidépresseur (et plus

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op. Cit.*, p. 728: "A significant positive correlation between cerebral activation in the right dorso-lateral pre-frontal cortex and interoceptive awareness (defined as the ability to recognize and label one's own internal emotional states) in anorexic subjects before treatment, while no correlation was found after treatment." Nous traduisons.

¹²⁶ Amandine Turcq, *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, *op. Cit.*, p. 53.

¹²⁷ Ibid., p. 55.

¹²⁸ Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op. Cit.*, p. 728: "Increased blood flow in the medial temporal lobes during presentation of high-caloric food." Nous traduisons.

marginalement d'un thymorégulateur) a été non seulement nécessaire mais décisive¹²⁹. La corrélation entre les états dépressifs, les troubles anxieux et la vulnérabilité aux comportements addictifs anorexiques et boulimiques est notamment établie à travers la piste d'une perturbation du système de neurotransmission sérotoninergique¹³⁰. L'étude de cette dérégulation permettrait en outre de comprendre pourquoi certaines anorexies sont purement restrictives tandis que d'autres débouchent sur des comportements boulimiques¹³¹.

¹²⁹ Pour un « un arbre décisionnel pour la prescription d'AD (antidépresseur) au cours de l'AM (anorexie mentale) », voir : N. Leblé, L. Radon, M. Rabot, N. Godart, *Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs*, L'Encéphale, Volume 43, Issue 1, 2017, Pages 62-68.

¹³⁰ Nicolas Ramoz, Philip Gorwood, « Apport des neurosciences dans les troubles du comportement alimentaire », dans : Sophie Criquillon éd., *Anorexie, boulimie. Nouveaux concepts, nouvelles approches*, Cachan, Lavoisier, « Les Précis », 2016, p. 152 : « Cette voie neurobiologique de la sérotonine est aussi impliquée dans les troubles anxieux et les obsessions, l'impulsivité avec perte de contrôle, qui peuvent également générer indirectement des prédispositions aux pathologies des conduites alimentaires, en interaction avec des facteurs environnementaux déclencheurs ou de stress. »

¹³¹ Cf. Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels, *op. cit.*: « Les études TEP et SPECT ont évalué les récepteurs 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} et le transporteur 5-HT (5-HTT) dans l'anorexie mentale (AM) [...]. La plupart des études, mais pas toutes, montrent que les individus malades et guéris de l'Am ont tendance à avoir une liaison accrue de 5-HT_{1A} et une liaison réduite de 5-HT_{2A}. Les récepteurs post-synaptiques 5-HT_{2A} et 5-HT_{1A} sont hautement colocalisés (~ 80%) dans le cortex frontal et d'autres régions corticales. Par les interneurons, ils médient les actions hyperpolarisantes et dépolarisantes directes de la 5-HT sur les neurones préfrontaux qui se projettent vers zones corticales et sous-corticales. Cela conduit à la spéculation intéressante selon laquelle une 5-HT_{1A} exagérée par rapport à une 5-HT_{2A} diminuée pourrait entraîner des effets hyperpolarisants sur les neurones préfrontaux dans l'AM. Il a été démontré que les interactions entre les récepteurs 5-HT_{1A} et 5-HT_{2A} dans le cortex préfrontal médian (...) et les régions apparentées modulent l'anxiété, le fonctionnement attentionnel, l'impulsivité et la persévérance compulsive, ainsi que l'exploration de nouveaux environnements. Les différences dans la fonction 5-HTT pourraient contribuer aux différences de contrôle des impulsions, et expliquer ainsi pourquoi certains individus développent une AM de type restrictif par rapport à une AM de type boulimique. » Nous traduisons.

La corrélation observée induit une incidence favorable de certains traitements, comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)¹³², sur la capacité du sujet à résister à la compulsion alimentaire. Un antidépresseur dont l'action cible particulièrement les états anxieux, maintenant l'anxiété à un niveau tolérable pour l'individu, augmente considérablement la possibilité de réduire l'occurrence des crises de boulimie suivies de vomissements associées à l'anorexie mentale. Ainsi, même si le sujet doit opposer une résistance à la compulsion boulimique, l'aspect impulsif et incompressible du comportement est précisément réduit du fait de la diminution du taux d'anxiété, et le sujet espace peu à peu les crises au point de s'affranchir considérablement de son conditionnement. Si les crises de boulimie ne disparaissent pas entièrement, car l'anxiété en elle-même, et ses causes, ne sont pas traitées, le fait est que les crises sont *moins* irrésistibles, donc moins fréquentes, et que cette liberté acquise, ainsi que ce gain de temps, ouvrent un espace thérapeutique possible.

La prise en compte de la piste neurobiologique de la sérotonine, son efficacité dans l'abrasion des symptômes anorexiques et boulimiques par la prise d'un antidépresseur agissant sur ce neurotransmetteur, met ainsi en évidence la prévalence des troubles anxieux dans l'apparition et la perpétuation du trouble du comportement alimentaire, faisant apparaître ce-dernier comme une économie de fonctionnement dont la finalité principale est de réduire l'anxiété (jusqu'au point néanmoins où le TCA génère à son tour plus d'anxiété qu'il ne permet d'en réfréner). Les comportements addictifs deviennent si incontrôlables pour le sujet que seule la prise d'un traitement antidépresseur et anxiolytique permet à celui-ci de regagner une autonomie relative et une marge de choix. C'est dans cet espace de résistance au symptôme (à la compulsion) libéré par la prise de l'antidépresseur que le sujet peut mesurer le rôle de l'anxiété, et de ses cycles, dans le déclenchement des conduites alimentaires – en particulier celles qui sont impulsives et boulimiques. Il importe alors de comprendre les mécanismes neurobiologiques sous-tendant l'anxiété, qui apparaît comme la cause première de comportements alimentaires excessifs dont la fonction est, pour une part non négligeable, sédative. L'anxiété n'est ainsi pas traitée par la

¹³² N. Leblé, L. Radon, M. Rabot, N. Godart, *Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs*, op. cit.

rémission de l'anorexie mentale ; c'est bien plutôt sa réduction qui est un préalable à toute rémission. Dans la totalité des cas, l'anxiété persiste après la restauration du poids et la guérison :

« L'anorexie mentale est associée à une anxiété élevée, prémorbide et persistant après la restauration d'un poids normal. Cela suggère un trait sous-jacent d'anxiété indépendant de l'état nutritif. [...] La présence de troubles anxieux dans l'enfance prédispose à une plus grande sévérité des symptômes liés aux troubles des conduites alimentaires [...]. »¹³³

L'identification du trouble anxieux sous-tendant l'anorexie mentale met en lumière l'aspect inessential du comportement alimentaire et la nécessité de soigner durablement un ensemble de traits caractéristiques de la personnalité prémorbide auxquels le TCA fait écran et dont il retarde longtemps la prise de conscience chez le sujet. Les résultats des études neurobiologiques portant sur les circuits neuronaux potentiellement responsables de ces traits de personnalité (anxiété, perfectionnisme, rigidité, déficiences intéroceptives et alexithymie, etc.) sont en ce sens précieux :

« [Il est important de comprendre la neurobiologie des comportements déséquilibrés dans l'anorexie mentale en ce sens que] plusieurs hypothèses potentielles pourraient expliquer pourquoi les anorexiques sont perfectionnistes. Elles ont peut-être une faible assurance de prédiction, comme c'est mis en évidence par l'alexithymie. Alternativement, elles ont probablement des réponses exagérées à la critique et une réaction diminuée à la récompense, ce qui les conduit à percevoir leur monde comme constamment erroné. De nouveaux traitements pourraient être développés, avec des méthodes pour surmonter ces inclinations. Cependant, ces deux pistes hypothétiques requièrent des types

¹³³ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels, *op. cit.* : "AN is associated with high anxiety that is premorbid to the illness¹¹ and persists after weight restoration. This suggests an underlying anxious trait that is independent of nutritional status.¹³ [...] The presence of childhood anxiety disorders predicts more severe ED symptoms [...]"
Nous traduisons.

d'interventions psychologiques très différents. Par conséquent, comprendre comment le comportement perfectionniste se manifeste et est codé dans des circuits neuronaux est sans doute nécessaire pour mettre au jour des traitements spécifiques et efficaces. »¹³⁴

L'une des difficultés du modèle médical cependant, « qui motive sans doute les critiques les plus virulentes »¹³⁵ à l'encontre des « théories biologiques corrélant *causalement* une réaction physiologique à des états mentaux »¹³⁶, est le refus de plus en plus affirmé de la parole « insuffisante » du patient – le sujet anorexique, d'après le DSM-IV, est « non fiable » (« *unreliable* »)¹³⁷. Ainsi que l'écrit Hilde Bruch, « beaucoup de malades se plaignent de n'avoir pas bénéficié »¹³⁸ d'une attention à leur parole « au cours de leurs précédentes expériences thérapeutiques »¹³⁹. Or, une pathologie psychiatrique telle que l'anorexie mentale a ceci de spécifique qu'elle « est, comme l'écrit Catherine Malabou dans *Les Nouveaux*

¹³⁴ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. “Nothing tastes as good as skinny feels”, *op. cit.*: “Why is it important to understand the neurobiology of disturbed behavior in AN? Several potential hypotheses might explain why AN individuals are perfectionistic. They may have poor prediction certainty, as evidenced by alexithymia. Alternatively, they may have exaggerated responses to negative feedback and a diminished response to reward, so they perceive their world constantly having errors. New treatments could be developed to teach skills to overcome these traits. However, these two hypotheses might require very different psychological interventions. Thus, understanding how perfectionistic behavior is manifested and encoded in neural circuits may be necessary to develop specific and effective treatments.” Nous traduisons. Voir également C. M. Gordon, D. Dougherty, A. J. Fishman, S. J. Emans, E. Grace, R. Lamm, et al., « Neural substrates of anorexia nervosa : A behavioral challenge study with positron emission tomography », *Journal of Pediatrics*, 139(1), 2001, p. 51-57. Ainsi que K. Herholz, « Neuroimaging in anorexia nervosa », *Psychiatry Research*, 52, 1996, p. 105-110.

¹³⁵ Mathieu Beaujour, « Electroconvulsivothérapie et Hypothèse convulsive : Soins, Construction de soi et Mythologies neuropsychiatriques », *op. Cit.*

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, *Op. cit.* ; p. 682.

¹³⁸ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 165.

¹³⁹ Ibid.

*Blessés*¹⁴⁰, « une atteinte de la psyché en ce qu'elle touche à l'identité du sujet et bouleverse son économie affective »¹⁴¹ »¹⁴². Ainsi que l'écrit Mathieu Beaujour dans son étude sur l'électroconvulsivothérapie¹⁴³, l'application d'une méthodologie phénoménologique, telle que la concevaient Binswanger et Jaspers¹⁴⁴, doit avoir pour enjeu de mettre en balance les discours et les pratiques de soi qui en émergent avec les hypothèses les plus sophistiquées de la psychiatrie biologique contemporaine¹⁴⁵. Les résultats du modèle médical gagnent en ce sens à être associés à « un point de vue empirique rigoureux, au moins pour l'identification des

¹⁴⁰ Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Bayard, Paris, 2007. Voir également M.-P. Haroche (dir.), *L'âme et le corps*, Philosophie et Psychiatrie; Paris, Plon, 1990.

¹⁴¹ Ibid., p. 12.

¹⁴² Mathieu Beaujour, « Electroconvulsivothérapie et Hypothèse convulsive : Soin, Construction de soi et Mythologies neuropsychiatriques », *op. Cit.*

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Ludwig Binswanger, *Mélancolie et manie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987 ; et Karl Jaspers, *Psychopathologie générale*, Bibliothèque des introuvables, Coll. « Psychanalyse », Paris, 2000. Voir notamment : Delbraccio Mireille, « Le corps dans la psychiatrie phénoménologique », *L'information psychiatrique*, 2009/3 (Volume 85), p. 255-262. DOI : 10.3917/inpsy.8503.0255. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-255.htm> : « [Le premier ouvrage de Binswanger], Introduction aux problèmes de la psychologie générale – paru à Berlin en 1922 [3] et dédié à ses « maîtres », Bleuler et Freud –, nous offrait déjà un minutieux parcours historique et critique des diverses définitions de la vie psychique et de la subjectivité dans la littérature psychologique et philosophique, à l'intérieur duquel il opposait les présentations « naturalistes » aux présentations « non naturalistes ». La phénoménologie husserlienne occupe une place privilégiée parmi ces dernières, et Binswanger se prononce résolument contre la démarche objectivante du naturalisme et pour l'introduction de ce qu'il nomme une « méthode subjectivante » en psychologie et en psychiatrie, centrée sur le concept de « personne », seul à même de rendre compte de l'unité de l'individualité psychique, donc de la subjectivité. »

¹⁴⁵ Mathieu Beaujour, « Electroconvulsivothérapie et Hypothèse convulsive : Soin, Construction de soi et Mythologies neuropsychiatriques », *op. Cit.* : « Le présupposé à la fois scientifique et médical dont participent ces investigations – ainsi que le possible développement de nouvelles thérapies sur la base d'une norme statistique suffisante pour déterminer les situations d'application et les mécanismes d'action –, induit le plus souvent une abstraction nécessaire, une focalisation sur une régularité constatable, et donc sur une théorie qui n'a « plus aucun ancrage subjectif », plus aucun « ancrage individuel ». »

caractéristiques spécifiques des symptômes à expliquer »¹⁴⁶. Les études réalisées sur les modifications physiologiques corrélées aux symptômes de l'anorexie ne permettent généralement pas de discerner si ces modifications causent les symptômes ou sont causées par eux :

« Certaines études portant sur l'activité cérébrale montrent des anomalies dans certaines zones du cerveau (Uher, Brammer et al., 2003), d'autres études s'intéressent aux structures cérébrales et montrent également des anomalies (répartition substance blanche/ substance grise, gyration des sillons cérébraux) dans ces deux cas de [figure], on ne sait pas avec certitude si elles sont présentes avant l'anorexie ou si elles sont la conséquence de la dénutrition (Katzman, Lambe et al., 1996). »¹⁴⁷

Des pistes sont envisagées dans la recherche neurobiologique pour résoudre cette difficulté :

« Les stratégies permettant d'éviter la confusion [...] incluent : 1) une caractérisation des traits comportementaux qui se produisent dans l'enfance, avant le développement d'un TCA, et 2) une étude d'anorexiques guéries, même s'il demeure conjecturel de savoir si les anomalies décelées reflètent des traits ou des séquelles. »¹⁴⁸

¹⁴⁶ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 728: « Models of anorexia »: “[...] on a rigorous experiential point of view, at least for the identification of the specific characteristics of the symptoms to be explained”. Nous traduisons.

¹⁴⁷ Amandine Turcq dans *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, *op. cit.*

¹⁴⁸ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. “Nothing tastes as good as skinny feels”, *op. Cit.*: “Strategies to avoid the confounding effects [...] include: 1) characterizing behavioral traits that occur in childhood, prior to the onset of an ED, and 2) studying recovered anorexics, although it remains conjectural whether abnormal findings reflect traits or scars.” Nous traduisons.

Outre ce problème méthodologique et ses possibles remédiations, les études neurobiologiques n'ont pour objet que le corps *vivant* et manquent fondamentalement sa dimension *vécue*, c'est-à-dire celle dont le sujet fait l'expérience à la première personne¹⁴⁹ :

« La maladie renvoie dès lors primordialement à l'« expérience vécue » d'un sujet et la méthode compréhensive est par excellence celle de l'Einfühlung, définie comme « interpénétration affective », qui nous fait pénétrer, au moyen d'un travail sur les représentations et les significations, au cœur même de l'expérience du sujet malade. »¹⁵⁰

¹⁴⁹ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op.cit.*, p. 728: “this model would need to integrate to its investigations the “lived body”, i.e. the body as experienced by the subject, from a first-person perspective, while it currently focuses on the “living body” (« Le modèle [médical] doit intégrer à ses recherches le “corps vécu”, c’est-à-dire le corps dont le sujet fait l’expérience à la première personne, tandis qu’il se concentre actuellement sur le “corps vivant” ». Nous traduisons). Voir également Rémy Potier, « L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale », *Champ psychosomatique*, vol. 52, no. 4, 2008, pp. 17-29 ; ainsi que D. Welton, « Soft, Smooth hands: Husserl's phenomenology of the lived-body » ; *In The Body, Classic and contemporary readings*, Oxford, Blackwell Publishers, 1999.

¹⁵⁰ Delbraccio Mireille, « Le corps dans la psychiatrie phénoménologique », *L'information psychiatrique*, *op. cit.*

**Chapitre 2 : Le modèle hégélien de l'anorexie mentale.
Désir d'expression de la subjectivité ou fatigue d'être soi ?**

I – Un corps sur mesure ? Conscience de soi corporelle et modèle hégélien de l'anorexie mentale

Dans ce chapitre, en reprenant substantiellement les hypothèses que nous avons présentées dans notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »¹⁵¹, publié dans la revue *Implications Philosophiques*, nous examinerons « l'anorexie mentale dans son rapport au travail et à l'expression de soi. Plus précisément, nous tenterons de montrer que ce trouble du comportement alimentaire (TCA) relève d'une tentative de production de soi dont la structure semble analogue à celle du travail. Le sujet anorexique chercherait à s'exprimer dans sa maigreur comme le travailleur s'exprime dans son objet. Mais là où le travail se définit par un risque d'échec constitutif, et par l'incertitude de réussir à produire un objet, l'anorexie mentale quant à elle se caractériserait par une issue assurée. La restriction alimentaire, en effet, entraîne *assurément* la perte de poids ; les techniques d'amaigrissement, au début du trouble tout particulièrement, fonctionnent. Ainsi, l'anorexie mentale se présenterait comme une *stratégie* permettant tout à la fois de produire une identité qui puisse être socialement reconnue, et de se soustraire aux errements propres à l'activité du travail en *déplaçant* celle-ci dans le rapport, supposément contrôlable, au corps »¹⁵².

Nous l'écrivons, « nous montrerons que cette stratégie procède d'une illusion qui la condamne à l'inefficacité à mesure que le TCA s'installe et progresse : la maigreur n'exprime jamais le soi et les pratiques addictives aboutissent, en dernier ressort, au point extrême de la dépersonnalisation.

Notre raisonnement partira de l'idée que le sujet anorexique tente de se faire un corps « sur mesure » à même d'exprimer sa subjectivité et son irréductibilité à tout objet. Pour cela nous

¹⁵¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *Implications Philosophiques*, revue en ligne, Avril 2019. Lien : <https://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/lanorexie-mentale-comme-production-aliee-de-soi-meme/>

¹⁵² Ibid.

présenterons la thèse développée par Dorothée Legrand. Nous montrerons qu'en ce sens, l'anorexie mentale semble effectivement relever d'une transformation contrôlée du corps semblable à la transformation des choses extérieures au cœur de l'activité de production telle qu'elle est décrite par Hegel (ou « activité pratique » de la conscience de soi) – l'anorexie mentale relevant spécifiquement d'une *autoproduction*. Nous développerons ensuite trois axes principaux à la lumière critique de cette thèse : (a) L'anorexie mentale permet plutôt de se soustraire à l'expression de soi ; (b) L'anorexie mentale permet de se soustraire à la demande de reconnaissance ; (c) L'anorexie mentale échoue à opérer ce que le travail, *seul*, peut opérer. »¹⁵³ Nous terminerons notre étude par l'analyse des enjeux de la rémission et de l'apprentissage du rapport normal au corps qui s'y joue.

a) Les différentes dimensions de la conscience de soi corporelle

« À distance de l'idée que la quête obsessionnelle de la maigreur *chosifie* la personne anorexique, l'anorexie mentale peut être comprise comme une tentative de s'affirmer à titre de sujet. Elle procéderait d'un exhibitionnisme de la subjectivité par la matérialisation du soi dans le corps maigre. Ainsi, loin de se réduire à une chose, l'anorexique chercherait à s'émanciper de toute possible réification en faisant du corps le témoin exclusif de sa condition de sujet »¹⁵⁴. C'est la thèse présentée par Dorothée Legrand, qui suppose une distinction entre différentes dimensions de la « conscience de soi corporelle »¹⁵⁵, c'est-à-dire de l'expérience de soi telle

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, « Models of anorexia ». Voir également les analyses de S. Gallagher, dans *How the Body Shapes the Mind*, Oxford, Oxford University Press, 2005; *Lived body and environment*, Research in Phenomenology, 1986 ; 16; ainsi que M. Henry, *Philosophie et*

qu'elle se manifeste et se différencie à travers les modalités dont le rapport au corps est susceptible.

La conscience de soi corporelle est tridimensionnelle : *subjective*, *objective*, et *anonyme*. Ces dimensions renvoient au « paradoxe de la subjectivité humaine » tel qu'il est formulé par Husserl : « être sujet pour le monde, et en même temps être objet dans le monde »¹⁵⁶. Il est important de préciser dès le départ que ces trois dimensions ne sont pas conflictuelles, mais typiquement intégrées les unes aux autres. Aucune d'elles n'est normalement une menace pour les autres ; il est possible pour un sujet d'en faire l'expérience simultanément sous certaines conditions comme nous le verrons. Ainsi, par exemple, la dimension objective de la conscience de soi corporelle n'est pas intrinsèquement réificatrice ni d'ordre pathologique : elle entretient avec les autres dimensions des relations de complémentarité. Aussi Dorothée Legrand précise-t-elle que « l'expérience [pour un sujet] de sa propre matérialité [ou dimension d'objet] ne peut être tenue pour caractéristique de l'expérience pathologique ou anorexique »¹⁵⁷. L'anorexie mentale n'est pas adéquatement définie par le fait de faire l'expérience de soi sur le mode de l'objet – le corps-objet étant typiquement constitutif de l'expérience corporelle de soi –, mais par la « désintégration »¹⁵⁸ des différentes dimensions de la conscience de soi corporelle, c'est-

phénoménologie du corps. Essai sur l'ontologie Biranienne ; Paris, Presses Universitaires de France, 1965.

¹⁵⁶ Husserl, E., *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendentale* (1954), trad. Gérard Granel, Paris, Editions Gallimard, 1976; §53 p. 203. Voir également T. Carman, « The Body in Husserl and Merleau-Ponty », *Philosophical Topics*, 1999, 27, 2; ainsi que D. Zahavi, « Husserl's Phenomenology of the Body »; *Études Phénoménologiques*, 19, 1994. Voir enfin B. Waldenfels, « Bodily experience between selfhood and otherness » ; *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3, 2006.

¹⁵⁷ Dorothée Legrand, "Objects and others: Diverting Heidegger to conceptualize anorexia", PPP, Vol. 19, No. 3, septembre 2012, p. 244: "[...] the experience of one's materiality cannot be taken as characteristic of pathological/anorexic experience". Nous traduisons.

¹⁵⁸ Ibid.: "[...] anorexic bodily experience would be characterized by a dis-integration of dimensions of bodily experience which are typically integrated with each other". Nous traduisons.

à-dire par la rupture de leur coexistence et complémentarité. Il nous faut cependant définir plus précisément ces trois dimensions avant d'en venir à la conceptualisation de l'anorexie mentale.

Nous l'écrivons, « le *corps-sujet* est pôle de sensations et de perceptions : c'est « l'expérience de tout objet depuis une perspective corporellement ancrée »¹⁵⁹ »¹⁶⁰. Par exemple, faire l'expérience d'un objet situé à sa droite revient à faire l'expérience de soi-même comme corporellement situé à gauche de l'objet. Cette idée est formulée par Husserl dans ses *Recherches phénoménologiques pour la constitution*¹⁶¹ :

« Tout être spatial apparaît nécessairement de telle manière qu'il apparaît près ou loin, en haut ou en bas, à droite ou à gauche. Il en est ainsi en ce qui concerne tous les points de la corporéité apparaissante, qui dès lors ont, en relation les uns avec les autres, leurs différences du point de vue de cette proximité, de ce haut et de ce bas, etc., en tant que ce sont là des qualités d'apparition d'un type propre et qui comportent des degrés comme c'est le cas pour des dimensions. Le corps propre possède alors, pour l'*ego* qui lui appartient, ce trait distinctif, unique en son genre, qu'il porte en soi le *point zéro* de toutes ces orientations. L'un des points de l'espace qui lui appartiennent, fût-ce même un point qui n'est pas effectivement vu, est constamment caractérisé sur le mode de l'« ici » central ultime, à savoir d'un ici qui n'en a aucun autre en dehors de soi par rapport auquel il serait un « là-bas ». De la sorte, toutes les choses du monde environnant possèdent leur orientation par rapport au corps propre, tout comme en effet toutes les expressions de l'orientation commandent un tel rapport. « Loin » veut dire loin de moi, loin de mon corps, « à droite » renvoie au côté droit de mon corps, par exemple ma main droite, etc. »¹⁶²

¹⁵⁹ Dorothee Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*; pp. 499-558. Nous traduisons.

¹⁶⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

¹⁶¹ E. Husserl, *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*. Livre Second. *Recherches phénoménologiques pour la constitution* (1952) ; trad. Éliane Escoubas, Paris, Presses Universitaires de France, 1982.

¹⁶² Ibid., p. 223.

Aussi Husserl écrit-il : « si j'imagine un centaure, je ne peux pas l'imaginer autrement que dans une certaine *orientation* et dans un certain rapport avec mes organes des sens : il est 'à ma droite', il s'approche' ou s'éloigne' de moi, il 'pivote', se tourne 'vers moi' ou se détourne 'de moi'. Moi, je veux dire mon corps, mon œil, qui est dirigé vers lui »¹⁶³. Dans tous les cas mentionnés, le corps – sentant, touchant, voyant – n'est pas compris comme l'objet d'une conscience intentionnelle ; il est vécu comme sujet :

« J'observe les objets extérieurs avec mon corps, je les manie, je les inspecte, j'en fais le tour, mais quant à mon corps je ne l'observe pas lui-même : il faudrait, pour pouvoir le faire, disposer d'un second corps qui lui-même ne serait pas observable [...] Si je peux palper avec ma main gauche ma main droite pendant qu'elle touche un objet, la main droite objet n'est pas la main droite touchante [...] En tant qu'il voit ou touche le monde, mon corps ne peut donc être vu ni touché »¹⁶⁴.

Contrairement aux objets qui sont « expérimentés intentionnellement, identifiés, et réidentifiés par leurs propriétés, et représentés objectivement comme appartenant au monde extérieur »¹⁶⁵, le « corps *expérimentant* »¹⁶⁶ n'est pas visé intentionnellement. Il n'est pas visé comme un objet intentionnel de la conscience : il serait alors transformé en « corps *expérimenté* »¹⁶⁷. Le corps est donc ici le corps percevant plutôt que perçu.

Nous l'écrivons, « le *corps-objet* apparaît lorsque le corps est pris pour objet de conscience, par exemple lorsqu'il est jugé mince ou gros à travers son image dans le miroir : « le sujet prend

163 Ibid., p. 93. Voir également K. Jacobson, « The interpersonal expression of human spatiality. A phenomenological interpretation of Anorexia Nervosa », Chiasmi International, 8, 2007.

164M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945 ; p. 107-108.

¹⁶⁵ Dorothée Legrand, « Le soi corporel », *L'Evolution psychiatrique* 70 (2005), p. 715.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Ibid.

ses propres états corporels pour objets intentionnels de sa conscience »¹⁶⁸ »¹⁶⁹. Autrement dit, « une image corporelle est obtenue toutes les fois où le corps est l'objet intentionnel d'un acte de conscience. Dans ce cas, la représentation du corps est le contenu de la conscience »¹⁷⁰. Dorothée Legrand utilise un scénario empirique¹⁷¹ pour exemplifier les différentes dimensions de la conscience de soi corporelle ainsi que les degrés dont ces dimensions sont susceptibles :

- A. « Je vois une rose à une certaine distance.
- B. Je tends ma main vers la rose.
- C. En m'approchant, je me remémore que les roses sont délicates mais que leurs épines sont coupantes. Je prête alors attention au mouvement de ma main de sorte que je n'abîme ni la rose, ni ma main. Je touche la rose, saisis la tige et ressens une soudaine douleur au bout de mon doigt.
- D. J'observe minutieusement la peau de mon doigt dans l'intention d'y déceler une épine cachée. »¹⁷²

Dans la situation A, « je ne me prends pas moi-même pour un objet intentionnel, mais je me vis sur le mode du *sujet*. Plus précisément, je fais l'expérience de l'ancrage de ma perspective depuis mon corps, et de l'orientation de mon corps en direction de la rose »¹⁷³. En B, lorsque ma main se déplace en direction de la rose,

« Je ne prends ni ma main ni mes mouvements pour des objets intentionnels, mais là encore je me vis comme sujet. La différence avec le moment précédent consiste dans le fait que je ne suis plus seulement

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

¹⁷⁰ Dorothée Legrand, « Le soi corporel », *L'Evolution psychiatrique, op.cit.*, p. 714.

¹⁷¹ Dorothée Legrand, « Phenomenological dimensions of bodily self-consciousness », *Oxford Handbook of the Self*, 2010 ; p. 213-214. Nous traduisons.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Ibid.

conscient de la localisation et de l'orientation de mon corps en direction d'un objet du monde (la rose). Désormais, je suis également conscient de mon corps lui-même, par exemple de la contraction de mes muscles, de la rapidité du mouvement de ma main, etc. ».¹⁷⁴

Lorsque je prête attention au mouvement que j'effectue, en C,

« [...], je prends explicitement et ouvertement ma main comme *objet*. Néanmoins, dans ce cas, je fais l'expérience de cet objet intentionnel dans sa subjectivité, à savoir que je l'expérimente sur le mode du contrôle subjectif. Quand je touche la tige de la rose et ressens la douleur, mon attention est dirigée vers la douleur ressentie sur le bout de mon doigt. En somme, je me prends explicitement pour objet mais expérimente cet objet intentionnel singulier dans sa subjectivité, à savoir sa pénibilité ou son caractère douloureux. »¹⁷⁵

Enfin, lorsque je scrute mon doigt pour en retirer l'épine, en D,

« Je me prends pour un objet d'expérience, mais ce cas diffère essentiellement du cas précédent. Ici, en prenant mon doigt pour objet d'examen, je n'accède pas spécifiquement à sa subjectivité. Au contraire, je l'expérimente sur le mode de l'objectivité : en tant qu'il est pénétrable et pénétré par un autre objet (l'épine), il signe son appartenance au domaine physique, et le même examen pourrait tout à fait prendre pour objet le doigt d'une autre personne. En ce sens, c'est là la forme la moins subjective de la conscience de soi corporelle [...] ».¹⁷⁶

Ainsi, les dimensions subjective et objective de la conscience de soi corporelle se traduisent empiriquement par des variations de degrés, voire des états mixtes comme dans la situation C

¹⁷⁴ Ibid.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Ibid.

du scénario de la rose. L'expérience du corps-sujet se traduit par un mélange d'intentionnalité et d'absence d'intentionnalité : elle est intentionnelle lorsqu'elle vise des objets du monde, parmi lesquels se trouve le corps-objet ; elle est non-intentionnelle lorsqu'elle « implique la conscience du corps expérimentant, c'est-à-dire du corps-sujet, par lui-même »¹⁷⁷. La conscience du corps n'est « donc pas uniforme : non seulement le corps peut être objet et sujet de conscience, mais aussi, spécifiquement en tant que sujet, il fait l'expérience de quelque chose (soit sa propre image ou quelque autre objet) intentionnellement, et fait l'expérience de lui-même, le sujet, non intentionnellement »¹⁷⁸.

Enfin, s'ajoute à ces deux genres d'expérience la dimension *anonyme* du corps, qui échappe quant à elle à la « saisie empirique »¹⁷⁹. Elle relève de la « dynamique pré-personnelle des processus physiologiques propres à l'organisme vivant »¹⁸⁰. Il s'agit donc de mon corps comme entité biologique dont les opérations ne sont pas transparentes à ma conscience ni ne peuvent être perçues.

b) Le conflit tridimensionnel et la solution anorexique

En somme, « mon corps est *sujet* lorsque je ne me le représente pas extérieurement mais le vis comme point d'ancrage de mes représentations »¹⁸¹. Il est « *objet* lorsqu'il devient

¹⁷⁷ Dorothée Legrand, « Le soi corporel », *op. Cit.*, p. 715.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*, pp. 499-558; nous traduisons.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

précisément l'objet de l'une de ces représentations et que je le scrute, percevant sa matérialité commune avec celle d'autres objets »¹⁸². Il est « *anonyme* en tant qu'entité organique, indifférente à ma subjectivité. Ces dimensions sont typiquement complémentaires »¹⁸³. Ainsi que l'exprime Merleau-Ponty dans *La phénoménologie de la perception*, il « apparaît autour de notre existence personnelle une marge d'existence *presque* impersonnelle, qui va pour ainsi dire de soi, et à laquelle je me remets du soin de me maintenir en vie »¹⁸⁴. Chez un sujet sain, « l'existence personnelle refoule l'organisme sans pouvoir ni passer outre, ni renoncer à elle-même – ni le réduire à elle, ni se réduire à lui »¹⁸⁵. Les trois dimensions de la conscience de soi corporelle sont normalement intégrées. Cependant, le sujet anorexique « percevrait avec une acuité douloureuse la « *tension* » conflictuelle entre l'objet et le sujet, de même qu'entre le sujet et sa réalité biologique, et chercherait à la supprimer en affirmant l'irréductibilité du sujet aux objets par la transformation contrôlée de la dimension objective du corps »¹⁸⁶. On pourrait ainsi dire que l'anorexique cherche à *hiérarchiser* les différentes dimensions de la conscience de soi corporelle, en rendant la dimension subjective hégémonique et en lui subordonnant nettement les deux autres, afin qu'elles n'obéissent qu'à elle et ne soient plus susceptibles d'évolutions contingentes ou non décidées par le sujet :

« Le corps doit obéir à l'esprit, qui est le lieu de l'identité. »¹⁸⁷

¹⁸² Ibid. Voir également R. Brookman, "Starving to Death in a Sea of Objects". The Anorexia Nervosa Syndrome, Sours JA. Jason Aronson, New York (1980), 443 pp., ISBN: 0-87668-426-6, 1983.

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, *Op. cit.*, p. 113.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

¹⁸⁷ Corine Pelluchon, « Approches croisées de la phénoménologie et du féminisme dans l'appréhension de l'anorexie », dans JFAB (International Journal of Feminist Approaches to Bioethics), Special issue on Just Food, vol. 8, 2, 2015, p. 70-85.

Le sujet anorexique serait avide d'une « pure subjectivité »¹⁸⁸ et « échouerait à reconnaître sa dimension physique »¹⁸⁹. En ce sens, l'anorexie mentale peut être décrite comme « une forme pathologique de narcissisme »¹⁹⁰, le sujet anorexique étant en proie à une « omnipotence autodestructrice »¹⁹¹.

Nous reviendrons plus tard au rôle que peut jouer la résurgence de la dimension biologique du corps – sous une forme précisément non contrôlée – dans le désir de rémission que peut éprouver un sujet anorexique. Pour anticiper, nous pouvons dès à présent affirmer que c'est lorsque le corps se réaffirme indépendamment de la subjectivité, en tant qu'il peut connaître des évolutions indépendamment de son contrôle et liées à des données purement physiologiques, que l'anorexique se trouve à nouveau confrontée à l'irréductibilité de la tridimensionnalité de la conscience de soi corporelle et peut envisager de renoncer à son désir de toute-puissance narcissique.

Avant d'en venir à l'exposition d'une telle prise de conscience, cependant, on peut décrire avec Dorothée Legrand l'expérience anorexique comme une réorganisation de la conscience de soi corporelle de telle sorte que le corps-objet et le corps-biologique soient intégralement retraduits dans le langage de la subjectivité. Mais à distance de l'idée commune que l'anorexique chercherait à être un « pur esprit » débarrassé de son corps, dans une simple *négation* de celui-ci, la thèse de Dorothée Legrand met en évidence que l'anorexique ne cherche

¹⁸⁸ Dorothée Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. cit.*, p. 735: “the anorexic subject would crave for pure subjectivity”. Nous traduisons.

¹⁸⁹ Ibid.: “[...] fail to acknowledge her physicality”, nous traduisons.

¹⁹⁰ Ibid.: “a ‘pathological narcissism’.” Nous traduisons. Voir également à ce propos : G. Bréchon, « Évolution de deux cas d'anorexie mentale de l'adolescence », *Psychologie clinique et projective*, vol. 10, no. 1, 2004, pp. 89-111, ainsi que S. Vibert, et C. Chabert, « Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 52, no. 2, 2009, pp. 339-372.

¹⁹¹ Ibid.: “self-destructive omnipotence”. Nous traduisons.

pas tant « l'éradication [que] la *transformation* contrôlée du corps-comme-objet et de son image »¹⁹². « Cette « auto-transformation [est] opérée par un comportement alimentaire hyper-contrôlé » pour cela même qu'en « ne mangeant rien », le sujet refuse de se rendre à sa « condition-d'objet »¹⁹³. Le refus de l'incorporation de la nourriture est un « refus de l'auto-incorporation au domaine des processus organiques anonymes » et des choses¹⁹⁴ »¹⁹⁵.

Ainsi, comme nous l'écrivons dans notre article¹⁹⁶ en nous appuyant, toujours, sur les thèses de Dorothée Legrand, il ne s'agit « pas de « ne rien manger », ni de nier radicalement le corps-objet, mais bien de le *transformer*. Les besoins physiologiques sont combattus au profit d'aliments sélectionnés d'après leur valeur subjective »¹⁹⁷ et non nutritive : d'après « « leur capacité à symboliser » la subjectivité¹⁹⁸ »¹⁹⁹. Les anorexiques ne cessent pas de manger, « elles ont des règles à propos de ce qu'elles mangent »²⁰⁰. Marya Hornbacher écrit ainsi :

¹⁹² Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*, pp. 499-558. Nous traduisons, nous soulignons.

¹⁹³ Ibid.

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*, pp. 499-558. Nous traduisons.

¹⁹⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁰⁰ Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op. cit.*, p. 113 : « [People have this idea that eating-disordered people just don't eat. Wrong.] They have rules about what they eat. » ; Nous traduisons.

« J'avais décidé d'ingérer une centaine de calories par jour. Cela me paraissait un nombre approprié, un nombre ordonné, un “régime” plus qu'un trouble [du comportement alimentaire], un projet. Des carottes, de la moutarde, deux bretzels, et un peu de lait dans mon café »²⁰¹.

Les anorexiques vivent selon une sélection méticuleuse d'aliments, de petites substances qui représentent et expriment qui elles sont ou souhaitent devenir²⁰². Ainsi Dorothée Legrand convoque-t-elle également l'exemple de David Nebreda :

« Végétarien depuis plus de trente ans, [il suit] un régime strict composé d'un petit nombre d'aliments invariables (huit ou neuf) qu'[il] mange crus ou simplement cuits à l'eau »²⁰³.

Nous l'écrivons, « le comportement alimentaire doit être à la mesure d'une subjectivité primant tout besoin organique asservissant »²⁰⁴ :

« L'anorexie mentale « [ne relève] pas d'un refus du corps : il s'agit d'un refus de l'*organisme*, d'un refus de ce que l'organisme fait subir au corps. Pas du tout régression, mais involution, corps involué. Le vide anorexique n'a rien à voir avec un manque, c'est au contraire une manière d'échapper à la détermination organique du manque et de la faim, à l'heure mécanique du repas. Il y a tout un plan de composition de l'anorexique, pour se faire un corps anorganique [...]. C'est une protestation féminine, d'une femme qui veut avoir un fonctionnement de corps, et pas seulement des fonctions organiques [...] qui la livrent à

201 Ibid., p. 119 : « I had decided to ingest one hundred calories a day. It seemed a good number, a tidy number, a "diet" rather than a disorder, a Plan. Carrots, mustard, two pretzels, the milk in my coffee. » ; nous traduisons.

²⁰² Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*, p. 541: “Anorectics live thanks to a careful selection of aliments that represent and express who they are or want to be(come).” Nous traduisons.

203 D. Nebreda, *Sur la Révélation*, Paris, Éditions Léo Scheer, 2006, p. 21.

²⁰⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

la dépendance. [...] L'anorexique est un passionné : il vit de plusieurs façons la trahison ou le double détournement. Il trahit la faim, parce que la faim le trahit, en l'asservissant à l'organisme. »²⁰⁵

Nous l'écrivons, « la finalité d'une telle démarche, par laquelle est rendue *visible* la singularité du sujet, est la validation intersubjective, la reconnaissance de soi par d'autres sujets, par l'interposition du corps. L'anorexie serait par suite la modalité atypique ou pathologique d'une démarche traditionnellement caractérisée comme constitutive de l'existence humaine : la nécessaire mise en accord de l'idée subjective avec le monde externe et objectif, dont le corps deviendrait le moyen privilégié »²⁰⁶ :

« Si un sujet change et que « son changement reste 'intime', purement subjectif, révélé à lui seul, 'muet', ne se communiquant pas aux autres [...] ce changement 'interne' le met en désaccord avec le Monde qui n'a pas changé, et avec les autres, qui se solidarisent avec ce Monde non changé. Ce changement transforme donc l'homme en fou ou en criminel [...]. Seul le travail, en mettant finalement le Monde objectif en accord avec l'idée subjective qui le dépasse au prime abord, annule l'élément de folie et de crime [...]. »²⁰⁷

Nous l'écrivons, « l'anorexique n'est pas dans une négation radicale de la dimension objective de son être – elle ne cherche pas à être un « pur esprit ». Elle accomplit, à partir de l'entité naturelle et étrangère qu'est le corps, un travail, soit « l'activité pratique » par laquelle elle « se produit [elle]-même au jour » comme *sujet* en « transformant [le corps-objet], auquel [elle] appose le sceau de son intériorité et dans [lequel] [elle] retrouve dès lors ses propres

205 Deleuze, G., Parnet, C., *Dialogues*, Paris, Flammarion, 1977 ; p. 132, nous soulignons.

²⁰⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁰⁷ Kojève, A., *Introduction à la lecture de Hegel : leçons sur la Phénoménologie de l'Esprit professées de 1933 à 1939 à l'École des Hautes Études*, Paris, Gallimard, 1980 ; cité par Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*

déterminations »²⁰⁸. Dans une perspective hégélienne, l'anorexique agit ainsi pour « enlever, en tant que sujet libre, son âpre étrangeté au [corps-objet] et ne jouir dans sa [figure] que d'une réalité extérieure de soi-même »²⁰⁹. Le corps, d'entité naturelle, devient une entité auto-constituée, empreinte d'un style subjectif. »²¹⁰ Cette transformation du corps n'est qu'une modalité de l'activité pratique de la conscience de soi, qui va de la pulsion infantile d'expérimentation de la matière extérieure jusqu'à la création artistique :

« La première pulsion de l'enfant porte déjà en elle cette transformation pratique des choses extérieures ; le petit garçon qui jette des cailloux dans la rivière et regarde les ronds formés à la surface de l'eau admire en eux une œuvre, qui lui donne à voir ce qui est sien. Ce besoin passe par les manifestations les plus variées et les figures les plus diverses avant d'aboutir à ce mode de production de soi-même dans les choses extérieures tel qu'il se manifeste dans l'œuvre d'art. Or l'homme ne procède pas seulement ainsi avec les objets extérieurs, *mais tout autant avec lui-même, avec sa propre figure naturelle qu'il ne laisse pas subsister en l'état, mais qu'il modifie intentionnellement.* »²¹¹

Nous aimerions cependant formuler les difficultés que pose « cette conception de la démarche anorexique, qui la rend analogue, dans sa structure et sa finalité, au travail tel que Hegel le conceptualise »²¹². En effet, et c'est l'hypothèse principale que nous allons tenter d'étayer, nous pensons que « la personne anorexique agit davantage pour *se dispenser* d'avoir à être « soi » que pour se produire subjectivement et être ainsi reconnue. Le fait qu'il revienne entièrement à l'individu moderne d'inventer son existence, et de se définir par ses propres moyens, serait ce à quoi l'addiction permettrait de se soustraire »²¹³. Du moins, le processus addictif serait une voie de réalisation de soi-même épargnant au sujet les risques d'échec constitutivement liés à

²⁰⁸ Hegel, *Cours d'esthétique* (1818-1829), t. I, Introduction [1842], trad. J.-P. Lefebvre et V. von Schenk, Aubier, coll. « Bibliothèque philosophique », 1995, p. 45-46.

²⁰⁹ Ibid.

²¹⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²¹¹ Hegel, *Cours d'esthétique*, *op. cit.* Nous soulignons.

²¹² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²¹³ Ibid.

l'activité du travail et la fatigue associée à une telle prévalence de l'accomplissement et de la performance individuels dans l'existence.

II – La fatigue de devenir soi-même

« Lorsque vous êtes tellement malheureuse et que vous ne savez pas comment réaliser quoi que ce soit, alors le fait de contrôler votre corps devient l'exploit suprême. Vous faites de votre corps votre propre royaume, où vous êtes le tyran, le dictateur absolu. »

(Une jeune anorexique citée par Hilde Bruch dans *L'énigme de l'anorexie*)

a) L'individu souverain et le complexe de toute-puissance narcissique

Dans notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »²¹⁴, nous supposons en effet « que l'anorexique cherche à contourner l'exigence d'expression de soi, qu'elle perçoit comme un travail épuisant dont l'échec n'est jamais à exclure. D'après un rapprochement proposé par Mélanie Trouessin²¹⁵, le sujet de l'addiction serait, dans les termes d'Alain Ehrenberg, « fatigué d'entreprendre de devenir seulement lui-même et tenté de se soutenir jusqu'à la compulsion par des produits ou des comportements »²¹⁶. »²¹⁷ Nous faisons l'hypothèse que l'anorexie mentale, sous ses formes restrictive et boulimique, relève d'un tel comportement addictif²¹⁸ corrélé à un syndrome dépressif fondamental.

²¹⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²¹⁵ Mélanie Trouessin, Benjamin Rolland et Guillaume Sescousse, « Les addictions, une équation à trois inconnues » (2018), « Penser les addictions », revue en ligne *Implications Philosophiques*.

²¹⁶ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Dépression et société, Paris, Odile Jacob, 2000 [1998], p.19.

²¹⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²¹⁸ Plusieurs caractéristiques conduisent à ranger les comportements alimentaires anorexiques et anorexiques-boulimiques parmi les « toxicomanies » en recourant au concept d'addiction qui réunit « l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, (anorexie, boulimie), les surconsommations médicamenteuses, en particulier, de psychotropes, mais aussi certaines conduites suicidaires et/ou de prise de risque ». Ces caractéristiques, reposant sur des observations cliniques, sont les suivantes : « début à l'adolescence avec réactivation de l'histoire événementielle de l'enfance ; compulsivité avec obsessions idéatives concernant l'objet et la conduite addictive ; sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet addictif ; substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable ; vécu de dépersonnalisation, sorte d'état second hypnotique, puis honte et culpabilité mêlées lors des crises ; dépressivité et lutte antidépressive lors des intervalles libres, manifestations somatiques lors du sevrage, maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales ; fréquence des coaddictions lors de l'évolution. Ces données cliniques traduisent une problématique narcissique commune ». In M. Corcos, M.-E. Dupont, « Approche psychanalytique de l'anorexie mentale », *op. cit.* (2007) 190–200.

Comme nous l'écrivons dans notre article « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? »²¹⁹, « Alain Ehrenberg identifie, dans son ouvrage *La fatigue d'être soi*, la dépression comme étant la maladie de l'individu moderne par excellence. Avec la transformation de la société française dans les années 1950, « les nouvelles possibilités d'ascension sociale, les mutations de la famille, les politiques du logement (qui diminuent le surentassement et accroissent les espaces pour une vie personnelle) et d'équipement collectif », la dépression devient le nouveau paradigme de la souffrance morale et en cela succède à la névrose. Après 1945, « l'urbanisation, la mobilité géographique, et les ruptures affectives qu'elle implique, la croissance de l'anomie sociale, les changements dans les structures familiales, la fragilisation des rôles sexuels traditionnels » concourent à générer [des individus susceptibles de connaître des épisodes de dépression]. La névrose relevait d'un conflit intrapsychique lié au poids et à l'intériorisation des normes et contraintes sociales, familiales et collectives sur l'individu. Elle dépendait d'un modèle social de la discipline et de l'obéissance, où étaient acceptées la finitude de l'existence ainsi que les nécessaires adaptations au « destin ». L'individu névrosé a intégré le principe de réalité, les limites que ce dernier impose au complexe narcissique infantile de toute-puissance, ainsi que les lois sociales qui font dépendre sa trajectoire et sa place de structures collectives et familiales indépendantes de lui : il n'est pas absolument « souverain »²²⁰ dans la vie qu'il mène. Le névrosé est tiraillé entre le « permis et [le] défendu » : il est un individu surmoïque, socialement encadré et borné dans ses possibles « excès » ; la société en quelque sorte le protège de ses propres débordements *via* la figure régulatrice de l'autorité paternelle²²¹.

²¹⁹ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²²⁰ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *op. cit.* : « [...] s'insinue sociologiquement, et dans la plus grande joie à l'époque, l'individu pur, c'est-à-dire un type de personne qui est son propre souverain. », p. 156.

²²¹ *Ibid.*, p. 150.

Au contraire, l'individu dépressif ou déprimé, [selon Ehrenberg], est partagé entre le « possible et [l'] impossible ». Il s'est grandement émancipé des normes sociales et prétend pouvoir se définir par ses propres règles et moyens. La dépression apparaît alors

« [...] dans un contexte de changement normatif qui devient sensible au cours des années 1960. En effet, les règles traditionnelles d'encadrement des comportements individuels ne sont plus acceptées, et le droit de choisir la vie qu'on veut mener commence sinon à être la norme de la relation individu-société, du moins à entrer dans les mœurs. »²²²

Elle est corrélative d'une nouvelle configuration sociale où l'individu, parce que tout lui est désormais, *en droit*, possible – en termes principalement de mobilité et d'ascension sociales –, est en même temps hyper-responsabilisé quant à ce qu'il fait de son existence et se sent accablé par une telle responsabilité. Ainsi Norbert Elias peut-il souligner, dans *La société des individus*²²³, que la possibilité de choisir son existence n'est pas seulement accessible, mais relève fondamentalement d'une *injonction* à l'autonomie. Les individus des sociétés modernes ne peuvent pas se soustraire à la nécessité d'être émancipés des structures collectives qui leur assignaient auparavant une place déterminée. Ils ne peuvent pas ne pas *se choisir* eux-mêmes :

« Et comme, dans le cadre de ces sociétés étatiques de plus en plus diversifiées, les individus se dégagent en tant que tels des groupes plus restreints et plus étroitement liés des communautés préétatiques de naissance ou des groupes protecteurs, ils ont le choix entre un plus grand nombre de possibilités. Et ils

²²² Ibid, p. 136. Voir également P.-H. Castel, *L'esprit malade, Cerveaux, Folies, Individus*, Les Éditions d'Ithaque, Paris, 2009 ; ainsi que J. Postel, « Introduction à l'histoire de la psychiatrie » in *Traité de psychiatrie* ; Éditions Flammarion, Paris, 2005.

²²³ Norbert Elias, *La société des individus* [Die Gesellschaft der Individuen], trad. Jeanne Étoré, Paris, Coll. Pocket Agora, Editions Fayard, 1997 [1987].

disposent d'une plus large liberté de choix. Ils peuvent bien plus librement décider de leur sort. Non seulement ils *peuvent* devenir plus autonomes, mais ils le doivent. À cet égard, ils n'ont pas le choix. »²²⁴

En outre, la démultiplication apparente des possibles tourne au vertige et à la difficulté de se choisir ainsi qu'au sentiment d'être constamment « insuffisant » devant toutes les vies qu'il est possible de réaliser :

« Mais n'ai-je pas laissé s'étioier tous les autres talents qui m'étaient donnés ? N'ai-je pas laissé de côté beaucoup de choses que j'aurais voulu faire ? Il est dans la nature même des sociétés qui exigent de l'individu un plus ou moins haut degré de spécialisation de lui faire négliger une foule de possibilités qu'il n'utilise pas, de vies qu'il ne vit pas, de rôles qu'il n'aura pas joués, d'expériences qu'il n'aura pas vécues et d'occasions qu'il aura manquées. »²²⁵

Dans les sociétés où « à la conformité à une norme unique se substituent progressivement une pluralisation des valeurs et une hétérogénéisation des modes de vie »²²⁶, l'individu est structurellement conduit à développer le sentiment qu'il a manqué un ensemble d'opportunités et que certaines parties de son être ne se sont jamais adéquatement exprimées à travers des projets et accomplissements. »²²⁷ L'individu, dans ces sociétés, est enclin à considérer que son intériorité subjective *déborde* toujours potentiellement la sphère de ses réalisations concrètes. Il n'a jamais fait ou été *assez* par rapport à la variété de talents qu'il percevait en lui-même. En somme, les sociétés décrites par Alain Ehrenberg et Norbert Elias réduisent, pour l'individu,

²²⁴ Ibid., p. 169.

²²⁵ Ibid., p. 180.

²²⁶ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 143

²²⁷ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

les chances de se sentir satisfait²²⁸, alors même qu'elles les maximisent en apparence. « Enfin, comme nous l'écrivons, plus l'individu est invité à se choisir, à trouver en lui-même et au moyen de ses propres ressources la voie de son épanouissement personnel et de sa réussite sociale, plus grand est le risque que cette démarche échoue et que l'individu soit inadapté :

« [...] l'extension et l'organisation particulière de la tranche de vie située entre l'enfance et l'accession à la vie sociale adulte interviennent comme l'un des facteurs qui rendent plus difficile à l'individu son insertion dans la société des adultes et aggravent le risque qu'il ne parvienne pas à trouver un véritable équilibre entre ses inclinations personnelles, ses propres mécanismes de contrôle de soi et ses fonctions sociales. »²²⁹ »²³⁰

Si le surmoi de l'individu névrosé est bien le garant de l'arbitrage entre les exigences sociales et les inclinations personnelles, entre le principe de réalité et les motions pulsionnelles, on assiste ici à l'avènement d'un genre différent d'individu pour lequel cette régulation et cet équilibre deviennent extrêmement périlleux et incertains. Il ne s'agit plus simplement d'une configuration où le surmoi modère les désirs inconscients pour mettre l'individu en accord avec les impératifs et interdits sociaux : la société, écrit Alain Ehrenberg, n'est plus ordonnée par une partition entre le permis et le défendu. Le nouveau paradigme social est celui de la frontière, apparemment mouvante, entre le possible et l'impossible, et l'individu vit avec le sentiment qu'il est de son devoir d'étendre, autant que faire se peut, le champ du possible. Comme nous l'écrivons dans notre article²³¹, « on peut alors résumer la genèse du syndrome dépressif : le complexe de toute-puissance narcissique, introduit chez l'individu *via* la croyance socialement

²²⁸ Norbert Elias écrit ainsi que « l'effort » que doit fournir l'individu pour s'accomplir « peut être si dur que l'on en perd la faculté de se réjouir de ses succès et même de ressentir comme un accomplissement satisfaisant ce que l'on a obtenu », In *La société des individus*, *op. cit.*, p. 179.

²²⁹ Ibid., p. 173.

²³⁰ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²³¹ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

construite qu'il peut accéder à une multiplicité de genres de vie, bascule dans un sentiment radical d'impuissance lorsque le réel impose à l'individu des limites et des frustrations – limites qu'il n'est plus préparé à tolérer. L'injonction à l'autonomie et à l'auto-suffisance individuelles dégénère en responsabilité écrasante ainsi qu'en scepticisme et en effondrement des certitudes. »²³² L'individu « est nécessairement *incertain* puisqu'il n'a plus de dehors pour lui indiquer sa conduite, puisque c'est à lui d'élaborer ses propres règles »²³³.

Ainsi que nous l'écrivons, « le symptôme principal de la dépression est alors la fatigue :

« Les médecins doivent différencier ces « états » des maladies mentales, parce qu'il s'agit de troubles fonctionnels où l'épuisement du système psychique prédomine apparemment, les facultés de raisonnement et de jugement du patient restant entières. »²³⁴ »²³⁵

L'individu est épuisé de devoir constamment entreprendre de « devenir lui-même » et rien d'autre que lui-même, en ayant à générer sans cesse son propre système de valeurs et de croyances, sans pouvoir s'en remettre à une forme de passivité dans le fait d'embrasser un rôle social prédéterminé et une série de préceptes et dogmes collectifs. Son émancipation a un prix : le surmenage.

²³² Ibid.

²³³ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 157. Nous soulignons.

²³⁴ Ibid., p. 66.

²³⁵ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

Mais, comme nous l'écrivons²³⁶, « l'épuisement vient également de la nécessité de se prémunir contre le risque d'échec qui est consubstantiel à ce mode d'existence des individus. En effet, comme l'écrit Norbert Elias, non seulement l'individu est immanquablement voué à se demander si telle ou telle opportunité ne lui échappe pas, et à vivre avec la frustration de ne réaliser que certains possibles parmi tous ceux qui semblent s'offrir à lui. Mais, de plus, il vit dans *l'anticipation* de l'échec potentiel des démarches qu'il entreprend effectivement. Il n'y a pas seulement frustration par rapport à ce qui aurait pu être, mais également appréhension de ce qui sera, et anticipation anxieuse permanente de ce que la vie aura finalement été. L'individu moderne se projette dans son existence au futur antérieur. Il doit avoir présente à l'esprit, à chaque décision, la vision totale et à très long terme de son existence :

« La possibilité de rechercher seul, et dans une large mesure par son propre choix et ses seules forces, la satisfaction d'une aspiration individuelle comporte en elle-même des risques particuliers. Non seulement elle demande une dose considérable de persévérance et de perspicacité à long terme, mais elle pousse aussi constamment l'individu à laisser de côté les chances occasionnelles qui s'offrent à lui au bord du chemin, à négliger les impulsions momentanées, au profit de la poursuite d'objectifs à long terme dont il escompte une satisfaction durable. [...] La plus grande liberté de choix et l'augmentation des risques vont de pair. On peut atteindre les objectifs qui donnent son sens et son accomplissement à l'aspiration personnelle, et on peut y trouver la satisfaction qu'on en espérait. On peut les atteindre à moitié. Le rêve était peut-être plus beau que la réalité. On peut les manquer et poursuivre son existence avec le sentiment d'avoir gâché sa vie. [...] Dans le cadre de ces sociétés il y a autant d'aspirations différentielles et de chances offertes à l'individu que de risques d'échec. »²³⁷ »²³⁸

b) Fatigue d'être soi et angoisse de l'accomplissement individuel prédisposent

²³⁶ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²³⁷ Norbert Elias, *La société des individus*, op. cit., p. 179.

²³⁸ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

au développement du comportement anorexique

Or, comme nous l'écrivons²³⁹, « l'anxiété liée à l'augmentation du risque d'échec, identifiée par Norbert Elias, et la fatigue d'être soi qui en découle, analysée par Alain Ehrenberg, nous semblent toutes deux absolument déterminantes pour comprendre le moteur de l'anorexie mentale. Marya Hornbacher peut ainsi écrire dans son ouvrage autobiographique *Wasted*²⁴⁰ :

« J'étais incroyablement fatiguée de moi-même. Je voulais accomplir cette chose grandiose qu'on attendait de moi, quelle qu'elle soit, [...] et en être quitte. Pouvoir dormir. [...] Je pense qu'il est important de relever que les troubles du comportement alimentaire sont probablement une version culturelle et générationnelle du bon vieux burnout. [...] Je n'avais pas la moindre idée de ce que je ferais de moi une fois le « succès » atteint, mais je ne pouvais pas renoncer au besoin affolé de l'atteindre non plus. [...] Les personnes atteintes de TCA tendent à être à la fois intelligentes et compétitives. Nous sommes terriblement perfectionnistes. [...] Nous devenons malades [...] de devoir *paraître* impressionnantes. [...] Je devins épuisée du sentiment d'être constamment sur scène, portant les habits d'un autre, récitant le texte d'un autre. »²⁴¹

²³⁹ Ibid.

²⁴⁰ Marya Hornbacher, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, op. cit.

²⁴¹ Ibid., pp. 135-136: "I was incredibly tired of myself. I wanted to do whatever Amazing Thing I was expected to do [...] and be done with it. Go to sleep. [...] I think it's important to note that [the eating disorders] might be a cultural and generational phenomenon of plain old-fashioned burnout. [...] I couldn't imagine what the hell I was going to do with myself once I attained "success," but I couldn't give up the panicky need to achieve it either. [...] people with eating disorders tend to be both competitive and intelligent. We are incredibly perfectionistic. [...] We get sick of [...] having to *seem* impressive. [...] I got tired of the feeling that I was constantly onstage, wearing someone else's clothes, saying someone else's lines". Nous traduisons.

La psychiatre et psychanalyste Hilde Bruch écrit, dans une résonance frappante avec le texte autobiographique de Marya Hornbacher :

« Les jeunes filles en période de croissance peuvent ressentir cette libération comme une exigence, et avoir l'impression qu'elles *doivent* faire quelque chose de remarquable. Beaucoup de mes malades ont exprimé le sentiment qu'elles étaient accablées par le très grand nombre d'occasions potentielles qui s'offraient à elles, et auxquelles elles « devraient » répondre, qu'il y avait trop de possibilités de choix et qu'elles avaient peur de ne pas choisir correctement. »²⁴² »²⁴³

²⁴² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 7.

²⁴³ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

Chapitre 3 : la stratégie anorexique. Se soustraire à l'expression de soi et à la demande de reconnaissance

I – Se soustraire à l'expression de soi

a) La stratégie accélératrice du comportement addictif

Comme nous l'écrivons dans notre article susmentionné²⁴⁴, « dans sa thèse de médecine, portant sur *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*²⁴⁵, Amandine Turcq résume ainsi « l'approche socio-culturelle »²⁴⁶ de l'anorexie mentale :

« Les possibilités illimitées de réalisation personnelle offertes par notre société contemporaine soumettent l'individu à un idéal de réussite anxiogène. Plus le nombre de choix est important, plus la probabilité de faire le mauvais choix est grande (B. Schwartz). [...] Devant cette peur de l'échec, cette responsabilisation trop précoce de l'individu, et l'absence de figure d'opposition, l'adolescent ne peut faire porter la culpabilité de son échec à ses parents ou toute autre figure d'autorité. Le comportement anorexique peut être lu comme un auto-sabordage. »²⁴⁷

Si nous partageons le diagnostic sur les données socio-culturelles favorisant l'émergence de l'anorexie mentale, nous n'en concluons pas, néanmoins, que cette dernière relèverait d'un « auto-sabordage »²⁴⁸. Nous l'écrivons dans notre article²⁴⁹, « c'est bien l'état d'épuisement à l'idée de l'accomplissement personnel, du succès, qui préside au développement du trouble du comportement alimentaire (TCA) »²⁵⁰ :

« Je délaissai la parade de l'excellence... »²⁵¹

²⁴⁴ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁴⁵ Amandine Turcq dans *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, *op. cit.*

²⁴⁶ Ibid., p. 32.

²⁴⁷ Ibid., p. 33.

²⁴⁸ Ibid.

²⁴⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁵⁰ Ibid.

²⁵¹ Marya Hornbacher, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, *op. Cit.*, pp.135-136: "I quit the charade of excellence..." Nous traduisons.

Mais le TCA joue un rôle nettement différent d'un simple auto-sabotage :

« ... en quête d'un chemin en apparence plus simple pour atteindre la considération que je voulais : un trouble du comportement alimentaire. »²⁵² »²⁵³

Ainsi que nous le commentons²⁵⁴, « le TCA n'est pas l'équivalent du travail, par lequel le soi pourrait être adéquatement exprimé et reconnu »²⁵⁵. Il apparaît plutôt comme « son *ersatz*, censé échapper aux pressions de l'excellence et du perfectionnisme »²⁵⁶, mais devant tout de même permettre d'atteindre des objectifs de réussite sociale (« [...] pour atteindre la considération que je voulais »²⁵⁷). Nous l'écrivons, « le TCA n'est pas vécu comme un renoncement ni n'a pour finalité le retranchement dans un espace coupé des interactions sociales ; il apparaît comme une voie plus sûre et plus rapide vers le succès :

« Les anorexiques se trouvent prises dans ce processus parce que, de quelque façon étrange, il comble le besoin urgent qu'elles ont de se singulariser et de se faire remarquer. »²⁵⁸

²⁵² Ibid.: "...and sought out something that seemed like an easy route to the respect I wanted [...]: an eating disorder." Nous traduisons.

²⁵³ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁵⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁵⁵ Ibid.

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ Marya Hornbacher, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, *op. Cit.*, pp.135-136.

²⁵⁸ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 34.

Ainsi, l'anorexie mentale [nous semble] mue par un désir d'accélérer le délai nécessaire à l'accomplissement personnel. Nous citons plus haut Norbert Elias, évoquant l'allongement du temps de formation entre, d'une part, l'enfance, où l'individu n'a pas intériorisé un ensemble de mécanismes d'autocensure, et, d'autre part, l'âge adulte, où l'individu est censé être fonctionnel et avoir trouvé un équilibre entre ses « aspirations personnelles, ses propres mécanismes de contrôle de soi et ses fonctions sociales »²⁵⁹. L'allongement de cette période transitoire de formation, entre deux états, correspondait aussi, selon Elias, à l'augmentation des risques que l'individu ne parvienne pas réellement à s'insérer et à s'adapter. C'est la période durant laquelle l'individu se projette le plus dans des projets à long terme dont il « escompte une satisfaction durable »²⁶⁰, projets qui exigent beaucoup de discernement et de « persévérance »²⁶¹. Or nous pensons que c'est précisément cette période intermédiaire de formation, particulièrement longue dans les sociétés décrites par Elias, qui est propre à susciter, pour certains sujets, un désir de raccourcissement. Marya Hornbacher est impatiente *d'avoir été* et d'être au repos »²⁶² : « Je voulais accomplir cette chose grandiose qu'on attendait de moi, quelle qu'elle soit, [...] et en être quitte. »²⁶³

Ainsi que nous l'écrivons²⁶⁴, toujours, « si l'anorexie mentale en ce sens a vocation à devenir le médium exclusif de l'accomplissement de soi, permettant une accélération du temps des études et de la formation, les travaux de Muriel Darmon²⁶⁵ mettent cependant en évidence que les deux *fronts* corporel et scolaire ne sont pas d'abord opposés. Ils s'inscrivent premièrement,

²⁵⁹ Norbert ELIAS, *La société des individus*, op. cit., p.173.

²⁶⁰ Ibid., p. 179.

²⁶¹ Ibid.

²⁶² Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁶³ Marya Hornbacher, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, op. cit., pp. 135-136.

²⁶⁴ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁶⁵ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit., I, 4 : « « commencer » : s'engager dans une prise en main », p. 130.

en effet, dans une démarche générale de *prise en main* qui s'apparente à une refonte de soi pluridimensionnelle :

« Le régime n'est donc ici qu'une des composantes de l'entreprise qui marque l'engagement dans la carrière anorexique : un ensemble à la fois diversifié et cohérent de pratiques dont la spécificité première est leur caractère volontariste. Il n'y a pas seulement une transformation ou une apparition des pratiques, mais bien une mise en place ou une modification volontaires de ces dernières. Il s'agit en effet de *se faire* un corps, se faire un style vestimentaire, se faire un niveau scolaire choisi et non pas subi, et enfin de se faire une « culture en béton », et tout ceci en « y allant à fond ». Pour désigner cette transformation de soi par l'effort, à la fois dans sa cohérence et dans son caractère volontaire, Yasmine parle de « prise en main ». »²⁶⁶

[Cependant], chez certaines jeunes femmes anorexiques enquêtées par Muriel Darmon qui s'inscrivent dans cette démarche et établissent une continuité et complémentarité entre la réussite scolaire (« capitaux culturels ») et l'amaigrissement (« capitaux corporels »), l'ambition de maigreur finit par dominer entièrement [cette double démarche], en rendant impossible, par ses effets secondaires – la fatigue généralisée consécutive de la restriction alimentaire prolongée – le travail scolaire :

« [...] Parce que j'étais fatiguée le soir je pouvais pas me remettre à lire... Donc ça [la lecture] c'est quelque chose sur lequel j'ai mis une croix, je me suis dit : « Là-dessus, j'arrive pas. » Et c'est pareil, j'ai compensé par autre chose : « J'arrive pas à ça mais... » c'était une égalité, « mais je perdrai plus de poids la semaine prochaine » [Christine, C]. »²⁶⁷ »²⁶⁸

²⁶⁶ Ibid.

²⁶⁷ Ibid, p. 270.

²⁶⁸ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

Ainsi, Muriel Darmon pose une question à laquelle nous devons tenter de répondre :

« [La] question se pose alors de la tension pratique croissante qui s'instaure entre ces différents fronts. Au bout d'un moment, en effet [...], le travail sur le front corporel commence à mettre en péril le travail sur le front culturel : du fait de la fatigue physique, du risque de ne plus pouvoir suivre les cours en classe, et de l'hospitalisation le cas échéant. Comment expliquer alors que le front corporel devienne ainsi prioritaire, que le travail sur ce front soit continué aux dépens du front scolaire ? Selon quelles modalités la culture est-elle ainsi sacrifiée au corps ? »²⁶⁹

Nous pensons, comme nous l'écrivons, « que le « front corporel » acquiert la priorité, non seulement parce que la fatigue liée à l'amaigrissement et aux restrictions alimentaires empêche le travail sur le « front scolaire », mais parce qu'il constitue une trajectoire dont le rendement est apparemment plus assuré que celui d'une éventuelle carrière académique ou professionnelle.

Pour comprendre ce choix, il faut avoir à l'esprit un trait fondamental de la psychologie anorexique, que mettent en lumière les recherches de Hilde Bruch : le « sentiment sous-jacent d'inefficacité »²⁷⁰. Les sujets anorexiques, qui donnent souvent de prime abord « une impression de force et de vigueur »²⁷¹, sont en fait rongés par la conviction profonde « d'être [impuissants] à changer quoi que ce soit dans leur vie »²⁷² »²⁷³ :

²⁶⁹ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit., p. 272. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁷⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 9.

²⁷¹ Ibid.

²⁷² Ibid.

²⁷³ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

« Beaucoup [de jeunes femmes anorexiques] sont tourmentées par la crainte d’être incapables d’avoir avec les autres des rapports d’égalité, ou d’être taxées de manquer d’indépendance. Au cours de ces dernières années, j’ai vu plusieurs malades qui, pour prouver leur aptitude à vivre en société, tenaient absolument à prendre des décisions dramatiques, comme par exemple d’entreprendre seule, à 16 ans, un voyage à l’étranger. Pour beaucoup d’entre elles, une telle quête forcée d’émancipation et d’indépendance accélère nettement la maladie ; elles s’aperçoivent qu’elles sont encore solitaires et déprimées, et elles se sentent éloignées des autres. »²⁷⁴

Nous retrouvons bien ici, comme nous l’écrivons dans notre article²⁷⁵, « l’anticipation anxieuse de la capacité individuelle à s’insérer socialement, évoquée par Elias, doublée chez le sujet anorexique d’une conviction presque superstitieuse de sa propre inefficacité. C’est bien cet « arrière-plan de sentiment d’impuissance face aux problèmes de la vie »²⁷⁶ – et ici face à la pression qu’exercent le désir de succès et de reconnaissance ainsi que la nécessité impérieuse d’être *quelqu’un* – qui explique « le souci frénétique de contrôle [du] corps et de ses exigences »²⁷⁷. Dans le rapport à son corps, l’individu anorexique se sent d’abord *souverain* : en principe, rien n’interfère entre sa volonté, ses actes et les effets qu’ils produisent sur son corps. Le rapport au corps est ce par quoi le sujet anorexique échappe à son sentiment d’inefficacité, qui est une angoisse de ne pas parvenir à produire une incidence positive sur le réel. Si la perte de poids est grisante pour le sujet anorexique, c’est parce qu’il constate que, s’agissant de son corps, à défaut du réel, ses techniques fonctionnent. L’anorexie mentale crée un état d’euphorie qui doit son existence au sentiment préexistant, profondément ancré dans la construction identitaire du sujet anorexique, que ses efforts n’aboutiront à rien. »²⁷⁸ Nous allons voir à présent comment le sujet anorexique se rapporte plus précisément au travail de son corps, et ce que ce-dernier est destiné à exprimer.

²⁷⁴ Hilde Bruch, *L’énigme de l’anorexie*, op. Cit., p. 85.

²⁷⁵ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L’anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁷⁶ Hilde Bruch, *L’énigme de l’anorexie*, op. Cit., p. 85.

²⁷⁷ Ibid.

²⁷⁸ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L’anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

b) Devenir un *genre* de personne plutôt que soi-même ; de l'impuissance à la toute-puissance

Nous avons vu dans nos précédentes analyses que, chez les sujets anorexiques, l'obsession du succès était fondamentale. Celle-ci finit par être dévorante au point de nécessiter des stratégies de soulagement, voire de contournement et d'évitement. Nous l'écrivons, « Marya Hornbacher rapporte un empressement inquiet à l'idée de se produire dans le monde extérieur – théâtre social exigeant une continuelle mise en scène de soi que l'anorexique voudrait écarter, lasse de ce qu'elle perçoit comme une comédie »²⁷⁹. Il s'agit pour les jeunes anorexiques de « ruser » avec un désir de gloire devenu pour elles étouffant, et perçu comme factice – il s'agirait surtout d'être un personnage à succès. Nous sommes loin « de l'authentique désir d'extériorisation de soi : c'est plutôt la double nécessité de cultiver le soi et de l'exposer dans le monde extérieur »²⁸⁰ – exigence propre à l'existence sociale des individus modernes, d'après thèses de Norbert Elias et d'Alain Ehrenberg – qui devient anxiogène pour les anorexiques. Ce n'est pas, comme le voyions dans notre introduction à l'aide des thèses développées par Dorothée Legrand, la violence qu'exercerait le corps-objet sur un sujet se sentant irréductible à lui.

Le corps va bien devenir le lieu et l'objet d'une transformation par la personne anorexique. Mais notre hypothèse consiste ici à soutenir que cette transformation du corps a pour finalité de faire signe vers un *genre de soi*, et non pas d'exprimer le *soi* lui-même – « cette deuxième tâche

²⁷⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁸⁰ Ibid.

paraissant insurmontable à l'anorexique qui peine à identifier le « soi », son contenu et ses frontières »²⁸¹ :

« Souvent, [les jeunes filles anorexiques] ne savent pas elles-mêmes ce qu'elles veulent ou ce qu'elles attendent. Esther exprimait cela très ouvertement avant de partir à l'université. 'Ce qui m'inquiète, c'est que je ne sais pas quel genre de fille je devrais être. Est-ce que je serai du genre sportif, est-ce que je serai sophistiquée, ou bien est-ce que je serai studieuse ?' »²⁸²

Nous l'écrivons, « c'est justement parce que la notion de « soi » est floue, ses contours mal définis, que la nécessité de le *matérialiser* dans le monde extérieur suscite une vive angoisse. Alain Ehrenberg évoque un « individu apparemment émancipé des interdits », ce qui fonde sa différence avec le névrosé, « mais certainement déchiré par un partage entre le possible et l'impossible »²⁸³. Nous pensons que la personne anorexique est particulièrement sensible à cette *indétermination* »²⁸⁴, tout à la fois de ce que le sujet *est* – « quand je suis seule je ne peux déterminer à quoi je ressemble. Je vois des qualités, mais rien en fait qui soit moi »²⁸⁵ –, mais de ce qu'il *peut* et *veut* être – « comme d'autres anorexiques, [Mara] était tourmentée par des impressions de vide ; elle ne savait pas quel rôle jouer. [...] Un jour qu'elle faisait des courses, Mara se sentit soudain assaillie par la question : « Qui est-ce que je veux être ? » [...] ».²⁸⁶ Nous

²⁸¹ Ibid.

²⁸² Hilde Bruch., *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 78. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁸³ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Op. Cit., p. 19. Hilde Bruch dit ainsi à ses patientes : « Ce qui vous tracasse vraiment, c'est que vous ne savez même pas quoi attendre de la vie, ni ce qui vous rendrait heureuse », In *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 158.

²⁸⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

²⁸⁵ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 174. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁸⁶ Ibid., p. 174. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

trouvons, ainsi que nous l'écrivons²⁸⁷, « parmi les propos de patientes anorexiques-boulimiques rapportés par Hilde Bruch, la description frappante de l'angoisse des « espaces libres »²⁸⁸ dans la journée, espaces déclenchant quasi systématiquement des accès boulimiques suivis de vomissements pour les saturer :

« Le temps c'est comme quelque chose qu'il faut traverser immédiatement. C'est une épaisse forêt et il me faut la traverser. Lorsqu'il y a des espaces libres dans la forêt, je ne sais pas comment les traverser, et j'ai peur, j'ai terriblement peur. Les espaces libres, sans contours précis, me font horriblement peur. Je vis en sorte de n'avoir pas à leur faire face. »²⁸⁹ »²⁹⁰

Nous pensons que cette peur des espaces aux contours troubles, indéfinis, est relative à celle qui concerne l'identité. La personne anorexique ressent « l'incapacité anxieuse de définir le soi, ses aptitudes et ses limites. Marya Hornbacher évoque ainsi une peur « complètement contradictoire » concernant sa personnalité »²⁹¹ :

« D'un côté, c'est la peur de ne pas avoir le potentiel ; de l'autre, c'est la peur peut-être plus grande de *l'avoir*, et d'avoir ainsi la *responsabilité* d'accomplir une chose *vraiment exceptionnelle*. [...] Vous allez dans le monde avec la certitude que vous serez un échec dès le départ, ou que vous aurez à faire une chose ultimement spectaculaire, ce qui implique le risque d'échouer de toute manière. »²⁹²

²⁸⁷ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁸⁸ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 111.

²⁸⁹ Ibid.

²⁹⁰ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

²⁹¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

²⁹² « On the one hand it is a fear that you do not have what it takes to make it, and on the other hand, a possibly greater fear that you *do* have what it takes, and that by definition you therefore also have a *responsibility* to do something *really big*. [...] You go out with the certainty that you will be a failure

Ainsi que nous l'écrivons, « l'anorexique devine, indissociablement de l'angoisse d'être incompétente²⁹³, un potentiel immense et la « responsabilité » corrélative d'un succès éclatant. Elle est ainsi particulièrement susceptible de développer cette « *maladie de la responsabilité* dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance » qu'évoque Alain Ehrenberg, la dépression étant fréquemment le soubassement du TCA²⁹⁴ »²⁹⁵ :

« [Les jeunes filles anorexiques] se reprochent leurs insuffisances, réelles ou imaginaires [...]. »²⁹⁶

Muriel Darmon²⁹⁷ met en lumière l'hyper-responsabilisation individuelle chez les sujets anorexiques, liée à un désir de ne jamais s'en remettre à ce qui ne dépend pas de soi ou à la part contingente de l'existence humaine, et opposée au goût populaire (des classes sociales modestes) du « hasard » associé à un fatalisme social :

« [Le] refus du « hasard », dont témoignent à la fois la planification, la rationalisation extrêmes de la vie et le travail sur le temps et les dispositions [...] s'oppose au « goût du hasard » populaire [...] mis en évidence par Hoggart : c'est le goût de la chance, de la surprise, avec deux corollaires : négation du prévisible absolu [...] ; préférence pour les explications fatalistes du monde – « c'est comme ça et c'est pas autrement », on n'y est pour rien, on subit le « sort » –, envers de l'incapacité de projet, de l'inutilité

from the outset, or that you will have to do something utterly stellar, which implies the potential for failure anyway”, In Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op. cit.*, p. 281. Nous traduisons.

²⁹³ Ainsi, même dans le cas d'une réussite scolaire, il n'est pas rare que les sujets anorexiques aient un sentiment d'imposture : « Elle avait été l'élève remarquable d'un lycée du *middle-west*. Maintenant, elle avait le sentiment que son « imposture » était découverte », écrit Bruch à propos de l'une de ses patientes, cf. *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 85.

²⁹⁴ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *Op.cit.*, p. 11. Nous soulignons.

²⁹⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

²⁹⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 89.

²⁹⁷ Muriel Darmon, Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*

des décisions. [...] [Les] classes populaires tendent à « se représenter comme des lois de la nature les contraintes sociales »²⁹⁸. Or, [...] on pourrait renverser la formule en ce qui concerne l'ethos anorexique : les contraintes « naturelles » (biologiques, corporelles...) y sont vues comme soumises à la loi sociale du contrôle sur le destin. »²⁹⁹

Cette hyper-responsabilisation a un prix élevé, qui est le revers dépressif (sentiment d'insuffisance) du fantasme de toute-puissance narcissique, et la chronicisation de leur alternance. L'anorexie mentale rejoue la pensée en « tout ou rien », l'opposition de la « toute-puissance » à « l'impuissance absolue », sans parvenir à dépasser le caractère définitif et exclusif de ces alternatives. Il est important de noter ainsi que l'anorexie mentale *continue* des biais cognitifs et des modes de raisonnement qui lui préexistent, puisqu'ils appartiennent à la personnalité pré-morbide dont Alain Ehrenberg et Norbert Elias permettent de saisir les racines socioculturelles. Ainsi, le pathologique n'est pas en rupture avec les composantes antérieures de la personnalité ; plutôt, il relève d'une *réorganisation*, sous la forme d'une expérience nouvelle, structurée différemment, des *mêmes* idées et modes de pensée. Comment cette réorganisation s'opère-t-elle ?

Nous voyons que, contrairement à ce que nous analysons à travers les thèses de Dorothée Legrand au début de notre deuxième chapitre, le problème ne revient plus « à la question : « comment exprimer le *sujet* dans et par un corps qui est tout aussi bien *objet* ? » ; mais : « comment exprimer [une subjectivité] dont les limites ne sont pas fixes, un soi dont la fluidité est vertigineuse et socialement encouragée ? » »³⁰⁰. Nous l'écrivons, « c'est la responsabilité elle-même qui semble illimitée à qui n'identifie pas correctement le partage du possible et de l'impossible ; elle devient alors écrasante. Notre hypothèse est que l'anorexique

²⁹⁸ R. Hoggart, *La culture du pauvre*, cité par Muriel Darmon, *op. cit.*, p. 280.

²⁹⁹ Ibid. Voir aussi T. Grisso, & P. Appelbaum, « Appreciating Anorexia: Decisional Capacity and the Role of Values » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2006 ;13(4), pp. 293-297; ainsi que J. Mitchell, « Anorexia: Social World and the Internal Woman » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2001 ; 8(1), pp. 13-15.

³⁰⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

tente de répondre à cette difficulté par une *stratégie* corporelle mobilisant les représentations sociales dont la maigreur est investie pour parvenir à une reconnaissance *totale* tout en se dégageant de la perspective d'avoir à « être soi » »³⁰¹.

Nous observons dans notre article que, « biologiquement, d'abord, la pratique du jeûne produit un évanouissement du soi, en tout cas un atténuation des sensations, émotions et pensées. La subjectivité est assourdie du fait de l'état léthargique du corps. Les sentiments du moi sont maintenus à un niveau d'intensité très bas. Le sujet anorexique, en ritualisant certaines pratiques alimentaires, fuit ainsi la fluctuation incessante de ses affects et son absence d'équanimité »³⁰² :

« Il y avait une espèce d'état qui était vachement agréable quand je bouffais pas. [...] y a un truc aussi où tu planes complètement quand tu bouffes pas [...]. » [Sabine, I]³⁰³

« [...] Franchement c'est comme si on se droguait. [...] ». [Louise, H]³⁰⁴

c) L'euphorie de ne pas être soi : de la dépersonnalisation négative à la dépersonnalisation positive

³⁰¹ Ibid.

³⁰² Ibid.

³⁰³ Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op.cit.*, p. 161.

³⁰⁴ Ibid.

« I looked in the mirror and suddenly didn't quite know who that person was, couldn't quite make a connection between her and me. »³⁰⁵

(Marya Hornbacher,
Wasted)

Nous le voyons, l'anorexie mentale permet de se dégager de la présence ou coïncidence à soi. Comme nous l'écrivons, le « caractère invasif de la pratique addictive, qui sature le vécu, permet de se soustraire à sa propre intimité, et à tout rapport introspectif anxiogène. Ensuite, la *maigreur* elle-même – et non seulement le jeûne qui en est le moyen – provoque une délivrance. »³⁰⁶

³⁰⁵ Je regardai dans le miroir et subitement je ne sus plus exactement qui était cette personne, je ne pouvais pas réellement faire de lien entre elle et moi ». Nous traduisons.

³⁰⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

« À partir de la découverte de *sa solution addictive* »³⁰⁷, le sujet connaît une véritable *rupture* dans l'expérience. Dans le cas de la boulimie, cela se traduit par le comportement de crise – la découverte de la possibilité d'une absorption compulsive de grandes quantités de nourriture, suivie de vomissements –, qui fait accéder à une certaine jouissance. Dans le cas du jeûne (anorexie restrictive), cela se traduit par le fait d'atteindre un poids extrêmement bas qui donne au corps une apparence singulièrement différente que le sujet pensait ne jamais pouvoir expérimenter. En somme, la découverte de la « solution addictive » revient, dans l'anorexie restrictive comme dans l'anorexie couplée à de la boulimie, à une expérience de rupture – expérience euphorique qui peut également se traduire par un état de sidération, ou de ce que nous pourrions appeler une « dépersonnalisation » positive, par exemple quand un sujet perçoit son image dans la glace et réalise subitement, avec incrédulité, qu'il n'a plus le même corps, les mêmes contours et la même allure à force d'amaigrissement. Cette expérience de rupture agit comme un nouveau repère normatif et rend difficile toute régression vers un état antérieur. Il importe de mieux saisir ce qui la conditionne.

Selon nous, le rapport au corps de l'anorexique, avant et pendant la maladie, comporte une tendance « dépersonnalisée » qui est plus ou moins exacerbée, et est susceptible de degrés. Nous pensons que le sujet anorexique expérimente, une fois qu'il a atteint un certain niveau de maigreur, le passage d'une forme négative et modérée de dépersonnalisation – qui correspond aux descriptions classiques de la dépersonnalisation, généralement vécue comme une expérience angoissante – à une forme positive ou grisante de dépersonnalisation. Comment ce passage s'opère-t-il ?

Ainsi que nous l'écrivons dans notre article, « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? »³⁰⁸, article dont nous citons de longs passages dans les développements qui

³⁰⁷ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, no. 2, 2004, pp. 511-527 : 12.

³⁰⁸ Margaux Merand, « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », revue en ligne *Implications Philosophiques*, 6 mars 2017.

suivent, la « dépersonnalisation est définie dans le DSM-IV³⁰⁹ comme « une expérience prolongée ou récurrente d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps »³¹⁰. Elle est fréquemment associée à une « déréalisation », définie comme « une altération de la perception vécue comme le sentiment que le monde extérieur est étrange ou irréel »³¹¹ »³¹². La « dépersonnalisation est décrite, dans l'article « La dépersonnalisation : le doute d'exister ? » de Didier Lauru³¹³, comme « un trouble de la conscience de soi » »³¹⁴. Elle a différentes occurrences cliniques et est au « carrefour de nombreuses pathologies psychiatriques, bien qu'elle soit le plus souvent située, par les descriptions historiques, « dans le cadre de la psychasthénie³¹⁵ et des psychoses »³¹⁶. La dépersonnalisation peut néanmoins apparaître indépendamment de tout état pathologique caractérisé, généralement sous une forme « fugace, réversible et transitoire »³¹⁷. Chez le sujet normal, le phénomène est ainsi épisodique et peut ne

³⁰⁹ American Psychiatric Association, DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition), Paris, Masson, 1996. Cité par Margaux Merand, « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », In *Implications Philosophiques, op. cit.* Toutes les citations suivantes sont issues du même article.

³¹⁰ Ibid.

³¹¹ Ibid.

³¹² Margaux Merand, « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », *op. cit.*

³¹³ Didier Lauru, « La dépersonnalisation, le douter d'exister ? », *Figures de la psychanalyse*, 2004/1 (n°9) ; pp. 87-95.

³¹⁴ Margaux Merand, « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », *op. cit.*

³¹⁵ « La psychasthénie est une psychonévrose cliniquement caractérisée par l'apparition incoercible, dans la conscience restée intacte, de pensées, d'émotions ou d'impulsions parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluent à côté de lui et malgré lui sans altérer gravement le fonctionnement général du raisonnement, de la mémoire et du jugement, et finissent par déterminer une sorte de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité ou le sentiment de la dépersonnalisation. », Pitres A. La psychasthénie. In: *L'année psychologique*. 1903 vol. 10. pp. 284-295.

³¹⁶ Saladini O et Luauté JP. Dépersonnalisation. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie*, 37-125-A-10, 2003.

³¹⁷ Ibid.

durer que quelques secondes ». En dépit de cette disparité de circonstances d'apparition, il est possible de déterminer certaines constantes du syndrome de dépersonnalisation³¹⁸ :

- « Le sujet « sort de lui-même ». Il a le sentiment de ne plus coïncider avec lui-même, du point de vue psychique comme physique. Il est comme projeté « au-dessus » de son corps et de ses pensées qu'il continue à percevoir de l'extérieur, en observateur détaché.
- Ses pensées, ses gestes, qui ne laissent pas de se dérouler, ne lui semblent plus familiers et sont investis d'une étrangeté et d'une distance soudaines. Ils sont perçus comme s'ils étaient les pensées et les gestes d'un autre, dont le sujet est devenu le témoin passif. Il faut ici insister sur le fait que la dépersonnalisation n'est pas une simple forme d'auto-analyse. Il ne s'agit pas, pour le sujet, de se prendre lui-même pour objet de réflexion, comme cela se passe dans la conscience de soi dite « seconde » ou « réfléchie »³¹⁹. Didier Lauru précise en ce sens que « lorsqu'un sujet se perçoit comme objet, cela peut relever de l'auto-analyse, et pas forcément de la dépersonnalisation »³²⁰. La différence spécifique est que dans l'auto-analyse, le sujet continue à éprouver les contenus psychologiques analysés comme *siens*. Ici, au contraire, de tels contenus sont observés et presque subis du dehors comme étrangers, dans un sentiment général d'incrédulité et de « perplexité anxieuse »³²¹. Si le patient *sait* que les pensées et les gestes sont bien les siens, il ne les *ressent* pas tels.
- La dépersonnalisation est pour cette raison vécue comme un épisode dérangerant : le sujet n'est pas en mesure de revenir à lui-même, de faire à nouveau corps avec lui-même, et ne sait pas quand ni s'il pourra le faire. Il y a donc un sentiment d'impuissance,

³¹⁸ Les critères suivants sont extraits de notre article : « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », In *Implications Philosophiques*, *op. cit.*

³¹⁹ Voir à ce propos M. Westphal, « The Prereflective Cogito as Contaminated Opacity » ; *The Southern Journal of Philosophy*, Vol. XLV, Supplement, 2007.

³²⁰ Didier Lauru, « La dépersonnalisation, le douter d'exister ? », *op. Cit.*

³²¹ *Ibid.*

une conscience de l'anomalie de l'expérience doublée d'une attente passive du retour à la perception habituelle, et non altérée, des phénomènes.

- Ce qui complexifie davantage la dépersonnalisation est que, tout en étant clairvoyant sur le caractère anormal du « point de vue » asubjectif qu'il semble expérimenter – ou point de vue de surplomb sur le sujet et le corps qu'il se sait être –, le patient pense confusément qu'il accède à une sorte de vérité. Comme si l'absurdité même de son existence se donnait à voir, dans un éclair de lucidité. Cela se traduit par la superposition de deux plans, de deux types de pensée ou voix. Il y a les pensées que le sujet avait avant même qu'intervienne l'épisode de dépersonnalisation, et qui continuent à se dérouler désormais sous ses yeux, douées d'une résonance inquiétante, tout à la fois « en sourdine », dilatées et éprouvées au ralenti. Et il y a la pensée qui émerge de la dépersonnalisation elle-même, qui semble un « commentaire » des premières pensées. Durant l'épisode, tout se passe comme si le sujet s'adressait ce discours, en apercevant son propre flux de conscience : « oui, je pense telle chose ; oui, je pense telle autre chose à présent ». Les pensées « premières » ou habituelles sont commentées par la « voix » de la dépersonnalisation, qui peut prendre une intonation railleuse ou surmoïque. Cette voix frappe tout ce qu'elle commente de petitesse, d'inanité et de ridicule. Notons en ce sens que le DSM-IV mentionne « différents types d'anesthésie sensitive, un manque de réaction affective, *un sentiment de perte de contrôle de ses actes, notamment de ses propres paroles* »³²². C'est proprement la voix « seconde » de la dépersonnalisation qui est hors de contrôle, et revêt un cynisme critique que le sujet est impuissant à interrompre »³²³. C'est également cette voix seconde et surmoïque dont nous pensons qu'elle domine l'expérience anorexique, et ce de manière constante.

Selon nous, il y aurait en effet un syndrome de dépersonnalisation structurellement lié à la conscience de soi corporelle du sujet anorexique. Il ne s'agirait donc pas d'un « épisode » à proprement parler, mais d'une organisation particulière et permanente de la conscience de soi corporelle anorexique. Cependant, certains épisodes de dépersonnalisation n'en resteraient pas

³²² American Psychiatric Association, DSM-IV, *op. Cit.*

³²³ Merand, M., « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », *op. Cit.*

moins possibles à titre de variations de degrés et d'intensité d'un *même rapport* à soi et à son corps dans l'expérience. Autrement dit, pour un sujet anorexique, un épisode de dépersonnalisation serait seulement une *exagération* de tendances inhérentes à ses modes perceptifs, cognitifs et sensoriels habituels. Quelles sont ces tendances ?

Le sujet anorexique – ce trait figure également dans la personnalité pré-morbide – tend à se rapporter à son corps comme à une chose extérieure qui ne lui appartient pas, et pour laquelle il ne ressent pas immédiatement, ni parfois secondairement, de familiarité. Absence de sentiment d'appartenance et de familiarité ; relation au corps depuis une image (spéculaire) extérieure plutôt que depuis une perspective interne ou subjective, sont autant de critères de cette conscience de soi corporelle dépersonnalisée. Dans les termes conceptuels de la conscience de soi corporelle distingués plus haut à l'aide des thèses de Dorothée Legrand, il s'agit d'une expérience dominée par le corps-objet : le corps en tant qu'il est pris pour objet d'une visée intentionnelle de la conscience ; le corps *perçu* dont la matérialité commune avec les autres objets du monde est exhibée. Mais cela ne suffit pas : il convient d'ajouter que, dans le vécu anorexique, le corps-objet n'est pas éprouvé³²⁴ comme *sien*. De la même manière que nous précisons, au sujet de la dépersonnalisation, qu'il ne s'agit pas seulement d'une « auto-analyse » (ou conscience de soi réflexive), il ne s'agit pas uniquement ici de percevoir son corps à la manière d'un observateur extérieur, mais de le faire en n'ayant pas la sensation – ni, dans les cas extrêmes, l'assurance cognitive – que ce corps reste *à soi*.

Ainsi l'auto-scrutation du corps est désolidarisée de tout sentiment d'appartenance, et le sujet anorexique a un rapport perpétuellement halluciné et paranoïaque³²⁵ à son propre corps :

³²⁴ Voir notamment Jochen Vollmann, « "But I Don't Feel It": Values and Emotions in the Assessment of Competence in Patients with Anorexia Nervosa » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2006 ; 13(4), pp. 289-291.

³²⁵ « Ressentir son corps comme cause d'étouffement et menace d'écrasement annihilant [signifie] un vécu persécutoire (le corps comme agent dans une sorte de délire qui tient à la fois de la paranoïa et de l'hypocondrie) dont on peut rapprocher la conception de l'anorexie mentale comme paranoïa intrapersonnelle, mais qui serait ramenée à la perception d'un corps lourd et inerte [...] », B.

il ne sait pas *si* son corps lui appartient réellement ni *comment* est ce corps (quelle est sa forme, son poids) :

“I’m afraid I can’t put it any more clearly,” Alice replied, very politely, “for I can’t understand it myself, to begin with; and being so many different sizes in a day is very confusing.”³²⁶

Cela explique notamment que les anorexiques pratiquent à l’excès le « *body checking* » : le fait de scruter son corps. Dorothée Legrand relève que ces « rituels de vérification chez l’anorexique qui mesure de manière obsessionnelle et millimétrique ses formes et son poids » révèlent la prééminence, dans le rapport au corps, de l’observation en spectateur du corps comme d’un objet extérieur³²⁷. Les personnes anorexiques se pèsent plusieurs fois par jour, passent des heures à se regarder dans le miroir ou à se prendre en photo pour documenter leur poids. Elles ont besoin de repères quantitatifs et de témoins photographiques objectifs pour ne pas se perdre dans un doute hyperbolique concernant le corps. Ainsi, la dépersonnalisation corporelle n’est pas, chez l’anorexique, l’exception pathologique (un épisode dépersonnalisant), mais la *norme* (la modalité perceptive par défaut).

Brusset, *Psychopathologie de l’anorexie mentale*, op. Cit., p. 104. À propos de ce rapport paranoïaque intrapersonnel, qui voit dans le corps un « agent » persécuteur, notons que l’une des anorexiques ayant répondu à nos questions d’entretiens, Alice Ribes, décrivait son corps comme un « ennemi complice ».

³²⁶ Marya Hornbacher citant Lewis Carroll (*Alice’s Adventures in Wonderland*) in *Wasted*, op. Cit., p. 76. [« ‘Je crains de ne pas pouvoir l’expliquer plus clairement’, répondit Alice, très poliment, ‘car je ne le comprends pas moi-même pour commencer, et que changer de taille plusieurs fois dans la même journée est très déstabilisant’ ; nous traduisons.]

³²⁷ D. Legrand, “Objects and others: Diverting Heidegger to conceptualize anorexia”, op. Cit., p. 244. Nous traduisons.

Dorothée Legrand rapporte, à propos du sentiment d'appartenance corporelle [body-ownership³²⁸], une expérience intéressante :

« Les études empiriques chez des sujets sains ont déjà montré qu'une manipulation aussi simple qu'une stimulation simultanée d'une main (de manière tactile) du sujet et d'une main en caoutchouc (visuellement) conduit le sujet à localiser de façon erronée son bras plus près de la main en caoutchouc, et à faire l'expérience de la main en caoutchouc comme étant la sienne : c'est l'expérience dite de « L'illusion de la main en caoutchouc » [Rubber Hand Illusion : RHI]. L'idée ici est donc d'utiliser la RHI pour tester l'auto-attribution, par des sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires, d'une partie de leur corps neutre émotionnellement : une main. L'hypothèse est que les patients montreront une plus grande vulnérabilité à l'illusion parce que l'instabilité inhérente à leur perception de l'image corporelle facilite l'incorporation d'objets externes à leur représentation/expérience de leur corps. Corroborant cette hypothèse, les résultats de l'étude ont montré que 'les différences individuelles de sensibilité à la RHI permettaient significativement de prédire le niveau d'engagement dans des conduites boulimiques et purgatives [bingeing and purging behaviour]'. »³²⁹

³²⁸ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their disintegration in anorexia nervosa », *op. Cit.*, p. 732: "The body as a bearer of sensations and body-ownership".

³²⁹ Ibid., pp. 732-733: "empirical studies in normal controls previously showed that a manipulation as simple as a synchronous stimulation of the subject's hand (tactually) and of a rubber hand (visually) leads the subject to mislocate her arm closer to the rubber arm, and to experience the rubber hand as if it is her own, an experience referred to as "Rubber Hand Illusion" (RHI, Botvinick & Cohen, 1998; Pavani & Zampini, 2007). The idea here is thus to employ the RHI to manipulate self-attribution by subjects suffering from eating disorders of a non-emotionally loaded body part, their hand. The hypothesis is that patients would show greater susceptibility to the illusion because the inherent instability of their perceptual body image would allow an easier/stronger incorporation of non-bodily objects into their representation/experience of their body (Mussap & Salton, 2006, p. 629). Coherently with this hypothesis, the results of this study evidenced that "individual differences in the strength of the rubber-hand illusion significantly predicted level of engagement in bingeing and purging behavior" (Ibid., p. 635)." Nous traduisons.

Un tel résultat « pourrait souligner un déficit d'intégration multisensorielle »³³⁰, mais « ne permet pas de mettre en évidence un quelconque mécanisme physiologique spécifiquement en jeu dans les troubles des conduites alimentaires »³³¹. L'étude suggère plutôt « que l'instabilité de l'image du corps augmenterait la 'vulnérabilité individuelle aux attentes socioculturelles irréalistes concernant la forme et le poids [idéaux] du corps' »³³². Plus fondamentalement, « plus l'image du corps est malléable [i.e. susceptible d'être étendue à /confondue avec des objets extérieurs], plus elle est sujette à l'objectification, et/ou inversement, l'objectification du corps [i.e. le fait d'adopter sur son corps un point de vue externe ; le corps perçu comme objet] conduirait l'image du corps à être plus fragile, malléable »³³³. Ainsi Dorothée Legrand peut-elle souligner que les troubles des conduites alimentaires ne « sont pas seulement caractérisés par une hyper-objectification »³³⁴ – l'objectification étant une dimension normale de la conscience de soi corporelle, mais qui est *hypertrophiée* ou invasive dans le cas de l'anorexie mentale –, mais aussi par un « faible sentiment d'appartenance corporelle [weakened body-ownership] : l'expérience de son corps et de ses membres comme étant les siens est plus fragile chez les anorexiques que chez les sujets sains »³³⁵ :

³³⁰ Dorothée Legrand, Ibid., p.733: "Such result may underline a deficit in multisensory integration (see also Grunwald et al., 2001) [...]". Nous traduisons.

³³¹ Ibid.: "[...] but does not allow to pin down any physiological mechanism specifically underlying eating disorders." Nous traduisons.

³³² Ibid.: "It suggests that the instability of body image would increase "an individual's susceptibility to unrealistic sociocultural standards of body shape and size" (Mussap & Salton, 2006, p. 629)." Nous traduisons.

³³³ Ibid.: "the more one's body image would be malleable, the more it would be sensitive to objectification, and/or conversely, the objectification of the body would lead the body image to be more fragile, malleable." Nous traduisons.

³³⁴ Ibid.: "[...] not only characterized by over-objectification [...]." Nous traduisons.

³³⁵ Ibid.: "by weakened bodyownership, i.e. the experience of one's body and body-parts as one's own (body-ownership) is more fragile than in normal controls." Nous traduisons.

« De bien des manières, [les anorexiques] se comportent comme si elles n'avaient pas de droits indépendants, comme si, ni leur corps, ni leurs actions, ne dépendaient d'elles, ou même comme s'ils ne leur appartenaient pas. »³³⁶

Chez le sujet anorexique, le fait de percevoir le corps-objet est dissocié de tout sentiment subjectif d'appartenance ou de familiarité ; tandis que chez les sujets normaux, les dimensions matérielles et objectives de la conscience de soi corporelle « sont intégrées à leur dimension subjective, et les membres du corps qui sont pris pour objets de perception ou d'attention sont aussi vécus comme subjectifs »³³⁷. Nous retrouvons donc bien l'un des critères décisifs du syndrome de dépersonnalisation au cœur de l'expérience anorexique : la perte du sentiment d'appartenance et de familiarité des états, tout à la fois psychologiques, mentaux et corporels, qui sont observés depuis une perspective extérieure.

Mais nous avons dit de plus, en énumérant les critères de la dépersonnalisation, que ces mêmes états étaient « commentés » par une voix critique d'ordre surmoïque. C'est en effet la voix qui se superpose au flux de conscience et la redouble d'une sorte de propos cynique, affectivement désengagé et parfois extrêmement railleur et dépréciatif. Cette voix interne n'est pas sans rappeler le témoignage que nous avons cité en tête de notre premier chapitre : « Je me parle beaucoup, c'est comme un rituel, par exemple à chaque fois que je mange ou fais quelque chose de travers, je me dis que je me hais de manière répétée. »³³⁸ C'est la même voix que certains sujets anorexiques attribuent à « Ana » ou « Mia » sur les sites pro-ana (des sites qui promeuvent l'anorexie mentale et, parfois, les pratiques boulimiques et vomitives comme des modes de vie non seulement opérationnels mais enviables). « Ana » est l'anorexie mentale

³³⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 54.

³³⁷ Dorothée Legrand, Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », op. Cit., p. 733: "are integrated to its subjective dimensions and body parts which are taken as objects of perceptual experience or attention are also lived as subjective (Legrand & Ravn, 2009)." Nous traduisons.

³³⁸ Bers, S. A., Blatt, S. J., & Dolinsky, A. (2004). The sense of self in anorexia nervosa. A psychoanalytically informed method for studying self-representation, op. Cit.

personnifiée, « Mia », son correspondant boulimique. Sur les sites pro-ana, parmi les méthodes encourageant les anorexiques à rester maigres (ou à maigrir), se trouvent des lettres signées « Ana », comme si l'anorexie mentale était une compagne, une amie intransigeante mais bienveillante. Les sujets anorexiques se rapportent en fait à leur propre voix interne persécutrice – qui commente continuellement leur corps, apparence, pensées, émotions ou actions – sur le mode de la relation d'emprise, en recréant à l'intérieur d'elles-mêmes une structure *duale* comparable à celle de la dépersonnalisation :

« Tôt ou tard, une remarque à propos de l'autre elle-même leur échappe, que ce soit un « dictateur » qui les domine, ou un « fantôme » qui les assiège, ou le « petit homme » à qui il déplaît qu'elles mangent. Habituellement, cette partie secrète, mais puissante du moi, est ressentie comme une personnification de tout ce qu'elles ont essayé de cacher ou de nier, comme n'étant approuvé ni par elles-mêmes ni par les autres. »³³⁹

Le soi se dédouble en *observateur* et *observé*, et l'observé – le corps, les émotions – ne se possède pas lui-même réellement : ses frontières sont troubles et l'anorexique ressent le besoin de le contrôler.

D'après nos analyses précédentes, nous voyons que la conscience de soi corporelle anorexique semble structurellement dépersonnalisée. La dépersonnalisation ne se produit pas sporadiquement lorsque le sujet est maigre, mais en amont et comme la condition de possibilité même de l'amaigrissement radical. Cependant, à l'issue de plusieurs semaines de restrictions, lorsqu'un sujet anorexique perçoit pour la première fois son corps et s'aperçoit qu'il est considérablement émacié, nous pensons qu'il passe d'une modalité dépressive ou négative de dépersonnalisation à une modalité maniaque ou euphorique de dépersonnalisation. Son corps lui semble toujours être celui *d'une autre*, mais cette fois, c'est favorablement qu'il vit cette étrangeté à lui-même. Citons à nouveau Marya Hornbacher, décrivant dans son roman *Wasted*

³³⁹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 72.

l'apparition dans l'enfance, alors qu'elle jouait avec le maquillage de sa mère, de cette structure auto-dissociative, puis la pérennisation de celle-ci :

« Je maquillai mon visage : des verts et des bleus sophistiqués autour des yeux, des teintes lumineuses de rouge sur les joues, un orange criard sur les lèvres. Je me fixai ensuite longuement dans le miroir. Soudain, j'eus une dissociation : je ne la reconnus pas. Je me scindai en deux : celle que j'étais dans ma tête et cette fille dans le miroir. Le sentiment de désorientation était étrange, mais non désagréable. Je me mis alors à retourner régulièrement devant le miroir, pour voir si ça revenait. Si je restais immobile et concentrée [...], je pouvais recréer l'impression d'être deux filles, qui se regardaient l'une l'autre à travers le miroir. Je ne savais pas à ce moment-là que je finirais par avoir constamment cette impression. »³⁴⁰

En faisant l'expérience de la maigreur, l'anorexique retrouve l'agrément (la « désorientation [...] non désagréable ») d'être *une autre*. Elle se fait subitement l'effet d'être un personnage plus désirable, avantageux :

« Quelque part au fond de moi existe une certitude : [...] Que le fait de changer de corps, comme de costume, ferait de moi un personnage différent qui pourrait, enfin, être acceptable. »³⁴¹

Citons également une ex-anorexique, Alice Ribes, ayant répondu à nos questions d'entretiens, qui nous disait avoir été agréablement « fascinée par les os » de plus en plus saillants de son corps à mesure qu'elle perdait du poids. Dans ce témoignage, le corps apparaissait dans toute sa matérialité étrangère au sujet :

³⁴⁰ Marya Hornbacher, *Wasted*, op. Cit. Nous traduisons.

³⁴¹ Ibid. Nous traduisons.

« J'avais pris l'habitude de toucher les os de mes poignets en particulier. Je me rappelle avoir pris plaisir à les sentir tous les jours, à les regarder. Je ne trouvais pas la maigreur particulièrement esthétique mais j'adorais sentir mes os. »

Dans l'amaigrissement, le corps-objet devient chose, matière sujette à découvertes et expérimentations, où toute perspective subjective interne disparaît. Le corps est possédé sur le mode de l'objet, comme un accessoire externe que l'on peut arborer (et décorer), mais il n'est pas vécu comme étant constitutif du soi, et donc il n'est pas vécu comme *sien* à proprement parler.

Notre hypothèse est ainsi que le corps émacié fait l'objet d'une dépersonnalisation positive. Il ne déclenche pas la perception dépersonnalisée, mais fait passer le sujet d'une modalité dysphorique à une modalité euphorique de dépersonnalisation corporelle. Nous pouvons dire alors que l'expérience anorexique s'inscrit dans un *continuum* perceptif et sensoriel : ses prédispositions, dans la personnalité pré-morbide, sont déjà largement atypiques, mais elles ne se sont pas encore fixées autour du thème obsessionnel de la maigreur. En dépit du *continuum* perceptif, il y a bien dans l'expérience de la maigreur *une rupture* vécue sur un mode *qualitatif* : le sujet anorexique vit sa perte de poids comme une libération. En réalité, il expérimente le versant euphorique et maniaque d'un rapport au corps qui demeure objectivant et dépersonnalisé. De plus, nous verrons que l'anorexie mentale aggrave la dépersonnalisation au point d'atteindre ses formes les plus sévères notamment dans la boulimie et les vomissements.

d) La vie d'une autre

Il importe d'analyser plus avant la rupture qualitative que nous évoquions. Nous l'avons vu avec Marya Hornbacher et le corps « costume » : le sujet a le sentiment d'accéder à un genre d'existence radicalement nouveau, dont il pensait jusque-là qu'il était hors d'atteinte, et en ressent une intense fascination :

« [...] Je me fascinai : le fait de perdre du poids, je crois que j'étais devenue... C'est ce que je te disais quoi, j'étais mieux que tout le monde, plus belle que tout le monde, je savais tout mieux que tout le monde [...]. »³⁴²

Il y a donc une sortie ou un dépassement des « limites » qui avaient été perçues jusqu'alors comme inhérentes à l'existence (familiale) du sujet. Ce dépassement crée un point de non-retour et un état d'exaltation, avec le sentiment délirant de pouvoir désormais vivre sans contrainte, et de bénéficier d'une forme d'existence supérieure :

« Y a toujours un groupe dans la classe qui est toujours à foutre le bordel et tout [...]. Au début je les enviais, au tout début je les enviais, je me disais 'oh la la qu'est-ce que j'aimerais arriver à... m'en foutre', puis petit à petit je me suis dit : 'Mais non, c'est moi qui ai raison, eux ils sont nuls', puis on retrouve ce que je te disais au début, quoi. Ah oui y a vraiment une... J'étais méprisante quoi après, j'étais vraiment devenue... odieuse... [...] Après pour les gens gros j'avais un côté méprisant. Je me disais que j'étais supérieure à eux parce que moi j'étais pas grosse. »³⁴³

³⁴² Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, Op. Cit., p. 288.

³⁴³ Ibid., p. 288.

Dans les termes freudiens de *Deuil et mélancolie*³⁴⁴, on peut comprendre que l'affranchissement ressenti par la personne anorexique est celui d'une dépense d'énergie devenue inutile³⁴⁵ :

« [...] tous les états de joie, d'exultation et de triomphe qui forment le type normal de la manie présentent la même condition économique : ils sont dus à une influence qui finit par rendre inutile une grande dépense psychique, longtemps entretenue ou faite par habitude, laquelle devient alors sujette à de multiples affectations et possibilités de décharge. Ainsi, [...] lorsqu'une lutte longue et pénible est finalement couronnée de succès, quand on arrive d'un coup à se défaire d'une contrainte pesante, [...]. Toutes ces situations se caractérisent par une excitation, des signes de décharge d'une émotion joyeuse [...]. »³⁴⁶

Comme nous l'écrivons dans notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »³⁴⁷, la personne anorexique « triomphe d'une contrainte. Superficiellement, elle triomphe de son corps comme d'une source de honte³⁴⁸. La maigreur apparaît comme une solution unique et effective contrairement à l'ancienne économie de fonctionnement qui réclamait beaucoup d'énergie et demeurait insatisfaisante. C'est ainsi que Portia de Rossi évoque la différence entre la maigreur anorexique *installée* et l'instabilité décevante des régimes « yo-yo »³⁴⁹. Il y a une griserie de la maigreur comme d'un attribut permettant

³⁴⁴ S. Freud, *Deuil et mélancolie* (1917), Paris, Editions Payot & Rivages, 2011, trad. Aline Weill.

³⁴⁵ Nous reprenons ici une idée que nous développons dans notre article précité : « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁴⁶ Freud, *Deuil et mélancolie*, *op. cit.*, pp. 66-68. Freud ajoute : « On peut se permettre d'avancer que la manie n'est rien d'autre que ce genre de triomphe, à ceci près que ce que le moi a surmonté ou vaincu lui reste caché ».

³⁴⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁴⁸ Voir notamment T. Fuchs, « The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression », *Journal of Phenomenological Psychology*, 33 : 223-43, 2003.

³⁴⁹ Portia de Rossi, une fois maigre, éprouve la hantise de revenir au « même schéma de régime yo-yo, [et de] souffrir comme [elle] l'[avait] fait de [ses] 12 à [ses] 25 ans. », In Portia de Rossi, *Unbearable Lightness, A story of loss and gain*, Great Britain, Simon and Schuster UK Ltd, 2011 (2010), p. 224. Nous traduisons.

réellement de s'affranchir d'une contrainte : c'en est un trait distinctif, laissant une vive impression de plaisir au sujet anorexique qui l'expérimente pour la première fois »³⁵⁰ :

« Pendant un certain temps, quand j'ai maigri, j'étais vraiment... J'étais comme euphorique... [Julie, H] »³⁵¹

Nous l'écrivons, « il n'est pas rare que cette euphorie fasse plus tard l'objet d'une nostalgie, en dépit de la connaissance de ses conséquences fatales. Le sujet peine à retrouver dans les premiers stades de la rémission ce qu'il recherche à titre de plaisir équivalent, et que Claude Olievenstein caractérise à propos de la toxicomanie en termes de « flash » (sensation libérée par la drogue) »³⁵² :

« L'important, dans la relation [de soin] qui s'instaure, c'est que surgisse quelque chose qui soit de l'ordre du « flash », cette sensation spécifique libérée par la drogue, et qui envahit le corps jusqu'aux racines de la sexualité. Pour le toxico, il y a là une expérience bouleversante et neuve, qu'il va vivre sous le signe du choc [...] Elle est ce qui va l'inciter à revenir, et, plus encore, à dépasser sa demande initiale presque toujours de caractère utilitaire. »³⁵³

³⁵⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁵¹ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op.cit.*, p. 161.

³⁵² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁵³ Claude Olievenstein, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, Opera Mundi, 1977 ; p. 257.

C'est, comme nous l'écrivons, « ce « flash » qui fait peser sur la relation thérapeutique la plus grande menace, dans la mesure où le sujet de l'addiction doit en faire le deuil, en phase de rémission, au profit de bénéfices qui ne sont pas immédiatement ressentis. »³⁵⁴

L'anorexie mentale, sous sa forme restrictive, est explicitement comparée à la toxicomanie, à l'occasion notamment de l'identification des facteurs biologiques pouvant renforcer la restriction alimentaire une fois que celle-ci est engagée :

« La déprivation nutritionnelle pourrait avoir des effets physiologiques au-delà de la simple activation des représentations alimentaires en déterminant la sécrétion d'endorphines, c'est-à-dire de substances opioïdes intracérébrales. Le bien-être ainsi provoqué entraînerait l'accoutumance et la dépendance. On a pu penser ainsi que l'anorexie mentale était une sorte de « toxicomanie endogène », expliquant l'érotisation de la sensation de faim, de vide, de vertige, comme dans l'hyperactivité physique et sportive. »³⁵⁵

Alain Ehrenberg met en relation le « besoin d'euphorisants »³⁵⁶ avec la dépression, les accès d'euphorie repoussant « les manifestations dépressives »³⁵⁷ de la personnalité « en alimentant le narcissisme du déprimé qui se sent alors invulnérable »³⁵⁸. En somme, les

³⁵⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.* Voir également H. Lazaratou et Dimitris C. Anagnostopoulos, « Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale », *Psychothérapies*, vol. 26, no. 1, 2006, pp. 21-25.

³⁵⁵ B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, *op. Cit.*, p. 55. Voir aussi Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 95 : « [Hilde Bruch cite l'une de ses patientes] Quand cela devient un plaisir de continuer, alors il se passe quelque chose d'autre. On se sent ivre, exactement, je pense, de la même manière qu'avec de l'alcool. »

³⁵⁶ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *op. cit.*, p. 170.

³⁵⁷ *Ibid.*

³⁵⁸ *Ibid.*

comportements addictifs « [maintiennent] l'autoestime »³⁵⁹ du sujet dépressif au moyen de techniques artificielles, ici le jeûne. L'euphorie résultant du TCA donne une permanence au sentiment de toute-puissance dont on peut supposer qu'il n'était que « phasique » ou aléatoire dans la personnalité dépressive initiale, alternant avec des phases d'abattement et d'autodépréciation radicales. Le TCA relève ainsi d'une automédication³⁶⁰ :

« Lors des angoisses, des contrariétés, des déceptions, des insatisfactions de l'existence et notamment des relations à autrui, le refuge dans l'alimentation a un effet magique : c'est un antidépresseur et un anxiolytique remarquable [...]. »³⁶¹

e) La maigreur exprimant le genre de soi au lieu des mots exprimant le soi

De manière plus fondamentale, ainsi que nous l'écrivons, « l'anorexique triomphe de la nécessité *d'être quelqu'un* pour réussir socialement. Cette réussite n'est pas relative à une carrière professionnelle – cette dernière n'irait pas sans un risque d'échec, nous y reviendrons »³⁶². Les mots eux-mêmes sont devenus dispensables au sujet anorexique qui peut afficher sa maigreur. Les mots en effet engagent toujours la frustration possible d'une incommensurabilité – de *fait*, et non de droit comme dans la perspective bergsonienne sur le

³⁵⁹ Ibid.

³⁶⁰ « [...] dans la mesure où il s'agit d'automédication réussie, le comportement général de ces dépendants peut apparaître parfaitement normal. C'est une constante, de la boulimie au début des années 1970 à l'abus d'Internet dans les années 1990. », Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 169.

³⁶¹ B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, op. cit., p. 27.

³⁶² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

langage³⁶³ – du discours et de l'intériorité subjective : on peut échouer à dire exactement ce que l'on pense ou ressent. La parole est, au même titre que « l'activité pratique » hégélienne que nous évoquions en introduction, *travail*. Elle est la transformation – par une mise en ordre logique et raisonnée – d'une intuition interne nébuleuse en pensée déterminée. La parole articule, ordonne ce qui, sans cet effort, resterait imprécis et confus. Elle est en ce sens l'organe de la pensée et, plus largement, de la subjectivité :

« Le langage est l'organe formateur de la pensée. L'activité intellectuelle qui circule de manière purement spirituelle, intérieure et pratiquement sans laisser de traces, doit au son d'acquiescer dans la parole une existence extérieure et perceptible. C'est pourquoi elle ne fait avec la langue qu'une seule et même réalité indissociable. »³⁶⁴

³⁶³ En effet, il ne s'agit pas pour nous de dire que l'anorexique aurait implicitement à l'esprit la conception bergsonienne du langage qui veut que la pensée lui demeure « incommensurable » (H. Bergson, *Œuvres*, édition du Centenaire, Paris, PUF, 1959, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, p. 124 : « La pensée demeure incommensurable avec le langage »). Chez Bergson, la dimension de généralisation, de quantification et de spatialisation introduite par les mots dans la pensée est impropre à retraduire la « multiplicité qualitative » de la vie intérieure : « Car les mots (à l'exception des noms propres) désignent des genres » (Bergson, *op. Cit.*, p.460) et « [...] le mot aux contours bien arrêtés, le mot brutal, qui emmagasine ce qu'il y a de stable, de commun et par conséquent d'impersonnel dans les impressions de l'humanité, écrase ou tout au moins recouvre les impressions délicates et fugitives de notre conscience individuelle » (Ibid., p.87). Or, comme nous allons le voir, le sujet anorexique ne conçoit pas une faillite structurelle du langage dans sa capacité à exprimer les différentes données internes à la conscience, mais au contraire suppose que le langage *permet* de tout dire. Il se sent seulement personnellement incapable d'engager le travail de *conversion* de la vie intérieure en mots adéquats, se soupçonnant d'être lui-même faillible dans sa quête des mots justes. En clair, la faillibilité n'est pas située au cœur du langage mais au cœur du sujet.

³⁶⁴ Wilhelm Von Humboldt, Extrait du §14 de *l'Introduction à l'œuvre sur le kavi, et autres essais*, traduction et introduction de P. Caussat, Paris, Editions du Seuil, 1974.

Or, dans la maigreur, c'est à ces deux vecteurs classiques d'expression de soi – et à leur potentiel échec – que le langage du corps permet d'échapper : il « opère seul et dit quelque chose d'un sujet qui redoute de s'accomplir par d'autres moyens »³⁶⁵ :

« [...] alors qu'elle se languit d'être connue, elle 'aura passé sa vie à s'assurer qu'elle n'est pas connue'. Sous la forme d'une réaction 'adaptative' au traumatisme de méprises et d'incompréhensions cumulées, les sujets anorexiques ne s'attendent même plus, ni n'espèrent ou ne recherchent activement à être compris et 'pourraient même écarter la possibilité de retours positifs sur eux'. D'après une telle conception, les sujets anorexiques seraient 'muets, bouche bée' : 'les mots sont, pour les femmes qui ont des troubles des conduites alimentaires, autant sinon davantage problématiques que leur relation à la nourriture... Trouver les mots – au lieu d'être perdu, frustré, ou attaqué par eux – suggère une capacité de communication reconnaissant la présence d'autrui. Que l'anorexie puisse être caractérisée par de telles difficultés relationnelles est également confirmé par le fait que, lorsqu'on leur demande de décrire librement qui elles sont, les anorexiques démontrent une faible connexion à elles-mêmes comparées aux sujets sains, témoignant d'un plus grand isolement et d'une plus grande dépendance vis-à-vis des autres et de sentiments de rejet ou d'être jugées [...]' »³⁶⁶

³⁶⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁶⁶ Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op. Cit.*, p. 730: "while she is longing to be known, she "will have spent her life ensuring that she is not known" (Farrell, 1995, p. 45). As an "adaptive" reaction to the traumatism of cumulative misunderstanding (Ibid.), anorexic subjects do not even expect, hope nor actively seek to be understood (Ibid. p. 50) and "may even hold out the possibility of good feedback" (Ibid. p. 46). In such a view, anorexic subjects would be "lost for words" (Ibid.): "words are as, if not more problematic, for women with eating disorders than their relationship to food ... Finding words, in contrast to being lost, frustrated, or attacked by them, suggests a capacity for communication, which recognizes the presence of another" (Ibid., p. 5). That anorexia can be characterized by such relational difficulties is also confirmed by the fact that, when asked to freely report on who they are, anorexic subjects demonstrate lower self-relatedness compared to control subjects, indicating more isolation from or dependency on others, feeling rejected or judged by others [...] (Bers et al., 2004, p. 309)." Nous traduisons.

La maigreur se développe sur fond d'une méconnaissance de soi-même et du sentiment de ne pas pouvoir être adéquatement perçue ou comprise par les autres. L'expérience anorexique non seulement part de ce sentiment, mais l'aggrave au point extrême de l'amaigrissement, de l'asthénie et de la dépersonnalisation qui l'accompagnent :

« Tout ce que je savais c'était distinguer le jour de la nuit. Le fait d'être conduite à l'école, d'aller simplement de la maison à l'école et de revenir, créait une sorte de structure. Vous êtes dans état constant d'ahurissement ; vous n'avez pas l'impression d'être vraiment là. J'en suis arrivée au point de douter des gens autour de moi ; je n'étais pas sûre qu'ils existassent réellement. Je ne pouvais plus communiquer avec eux. Il n'y avait vraiment rien dont nous puissions parler ; j'avais en permanence le sentiment que de toute façon ils ne comprendraient pas. »³⁶⁷

Le mutisme, dans les cas d'émaciation radicaux, a des causes physiologiques et est ainsi partiellement réversible au moment de la réalimentation : « [quand elles sont considérablement affamées], non seulement les malades ne souhaitent pas parler de ce qu'elles ressentent, mais en fait elles ne le peuvent pas parce qu'elles sont presque dans un état de toxicose. Elles ne peuvent fournir d'informations significatives sur leur condition psychologique qu'une fois que leur alimentation s'est améliorée et que le traitement a considérablement progressé »³⁶⁸. Cependant, le problème du mutisme et de l'anxiété liée au langage et à la verbalisation excède largement le statut de conséquence de la dénutrition, lui préexiste et survit à la réalimentation au moins sous une forme plus modérée.

Le sujet anorexique est mutique, non seulement parce qu'il est coupé d'une partie de sa propre subjectivité ou vie émotionnelle interne, mais aussi parce qu'il est d'avance paralysé – ou découragé – par le risque, inhérent à la verbalisation et au langage, de dire une chose qui

³⁶⁷ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 27. Voir également le témoignage de Michela Marzano dans *Légère comme un papillon*; trad. Camille Paul, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 2012. [Volevo Essere Una Farfalla].

³⁶⁸ Ibid., p. 24.

produira une idée erronée de lui-même. En un sens, le sujet anorexique est terrifié à l'idée que le langage ait un aspect tout à la fois trompeur, et définitif, irréversible : il redoute de se *fixer* dans des discours inappropriés, qui ne traduiraient pas précisément ou fidèlement ce qu'il éprouve et pense.

Notons que la logique qui prévaut ici est celle d'une pensée en « tout ou rien » :

- Soit le sujet anorexique doit pouvoir *tout dire* de lui-même, sans faille et de manière absolument exhaustive – idée qui suppose que la subjectivité elle-même est un tout fini, aux contours stables, que l'on pourrait entièrement restituer dans des mots parfaitement proportionnés aux données internes de la conscience. Ainsi, croire que le langage a idéalement le pouvoir de tout dire, sans reste, revient à croire que le « soi » lui-même est une entité finie, totalisable – ces deux croyances interdépendantes étant profondément enracinées dans l'esprit du sujet anorexique ;
- Soit il *renonce complètement* à se dire (par les mots) – constatant que la première option n'est pas réalisable ou représente un travail trop monstrueux, accablant – exactement comme est accablante la responsabilité individuelle de « devenir soi-même » dans la société moderne décrite par Alain Ehrenberg – pour que l'on puisse s'y consacrer sereinement.

C'est la deuxième branche de l'alternative que la personne anorexique choisit, restant captive des croyances décrites dans la première et de son sentiment d'inaptitude à honorer le pouvoir idéal du langage à tout dire :

« [...] il apparut dans la relation analytique, comme dans certains mutismes du petit enfant, que Delphine préférait l'absence de communication effective afin de préserver intact son désir de communication idéale. »³⁶⁹

Ainsi, pour se soustraire à l'angoisse des mots – celle d'avoir à *trouver* les mots justes –, à leur possible échec de traduction de la vie interne subjective, et néanmoins avide d'obtenir une forme de reconnaissance intersubjective, le sujet anorexique élabore une stratégie contre-discursive. Il met *par défaut* le langage en échec en lui préférant :

- *Un autre mode expressif* – la somatisation « choisie », ou matérialisation de soi par le corps et en l'occurrence la maigreur, cette dernière étant investie d'une valeur expressive et signifiante immense. Bernard Brusset parle d'un « désir d'exprimer sans devoir communiquer »³⁷⁰ ;
- Mais aussi, à un niveau plus radical encore, et paradoxalement en apparence, *une certaine absence à soi* dont nous déterminerons bientôt les modalités : « alors qu'elle se languit d'être connue, elle 'aura passé sa vie à s'assurer qu'elle n'est pas connue' ». L'anorexique privilégie l'expression d'un faux soi, ou d'un « genre » de soi, à sa véritable subjectivité.

³⁶⁹ B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, op. Cit., p. 98. Dans l'analyse de Brusset, cependant, ladite communication idéale relève d'une forme infra-langagière de fusion : « Celle-ci serait empathique, immédiate, sans paroles, sans l'introduction des autres, de l'autre, des mots des autres, du mot comme autre, comme tiers, par fusion primaire, par non-différenciation d'avec l'objet primaire maternel » (Ibid.). Nous pensons que cet idéal est ce que l'anorexique cherche à obtenir *via* son corps, ce que nous décrivons comme le déplacement du langage des mots vers le langage du corps (une somatisation expressive).

³⁷⁰ Ibid., p. 99.

Comme nous l'écrivons³⁷¹, « la maigreur, chargée de représentations sociales multiples, vaut comme une « métonymie » du soi. Le « soi » en jeu, on le comprend dès lors, est une *projection sociale* jugée plus avantageuse qu'un soi réel caractérisé par son irréductible complexité. »³⁷²

Nous l'écrivons dans le même article³⁷³, « l'addiction fonctionne comme une technique virtuose dans le contexte social décrit par Alain Ehrenberg : elle rend accessible la réussite individuelle tout en restant hermétique au soi – ce qui permet conjointement d'échapper à la « fatigue d'être soi ». Pour cela, le comportement addictif anorexique opère une fabrique du « soi » qui, au lieu de donner voix au soi réel, lui supprime un *genre* nettement identifiable »³⁷⁴ :

« Je voulais être une anorexique. J'avais pour objectif d'être un autre genre de personne, une personne dont les passions étaient ascétiques plutôt qu'hédonistiques, une personne qui réussirait, dont l'énergie et l'ambition étaient concentrées, pures, dont le corps passait toujours après l'esprit et 'l'art'. »³⁷⁵

³⁷¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁷² Ibid.

³⁷³ Ibid.

³⁷⁴ Ibid.

³⁷⁵ « I wanted to be an anorectic. I was on a mission to be another sort of person, a person whose passions were ascetic rather than hedonistic, who would Make It, whose drive and ambition were focused and pure, whose body came second, always, to her mind and her "art", In Marya Hornbacher, *op. cit.*, p. 107. Notre traduction, cité dans notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.* Cité également dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

Comme nous l'écrivons dans notre article, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? »³⁷⁶, « le travail d'amaigrissement a pour finalité que les interactions sociales et les assignations publiques ne soient plus subies, mais *choisies*, contrôlées : « [...] les interviewées s'assurent du fait qu'il n'est pas possible, à partir d'un certain point [à partir d'un certain niveau de maigreur], que l'assignation publique soit différente de leur propre catégorisation de leur corps »³⁷⁷. »³⁷⁸

Nous l'écrivons, « ce que l'anorexique construit, ce n'est pas un corps « sur mesure », dont les choix d'aliments reflèteraient avec une précision millimétrique l'idée subjective, mais plutôt un corps socialement identifiable – au contraire du corps « normal » dont les anorexiques ont la hantise, parce qu'il est *neutre*. Tout corps relevant de la « corpulence normale » (d'après l'Indice de Masse Corporelle) n'est socialement pas significatif. Ce corps peut être interprété de manière plurielle, la normalité n'indiquant rien du soi, n'étant le porte-parole d'aucun genre de personnalité, sinon d'un équilibre alimentaire conventionnel³⁷⁹. Un corps normal est neutre en ce sens qu'il n'oriente pas le jugement de celui qui le perçoit. Or, l'anorexique recherche précisément un corps *dénotant* un style subjectif, qui ne saurait passer inaperçu. Ce corps n'épouse pas cependant les contours du soi : il doit suggérer un mieux-que-soi³⁸⁰. Conjointement, le surpoids est investi de représentations sociales, qui sont autant de traits de caractère supposés – aboulie, abandon aux plaisirs sensuels, absence de discipline – dont l'anorexique veut obstinément dépouiller le « soi » qu'elle rend visible »³⁸¹ :

³⁷⁶ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

³⁷⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 165.

³⁷⁸ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

³⁷⁹ Hilde Bruch exprime à ses patientes leur immense crainte « d'être ordinaire, moyenne, ou quelconque, tout simplement de n'être pas assez bien », dans *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 156.

³⁸⁰ Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op.Cit.*, p. 232: "a perfect me" [« une version parfaite de moi-même »]. Nous traduisons. Voir également E. Halban, *Perfect: Anorexia and me*; Londres, Vermilion, 2009.

³⁸¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

« À la présentation de soi sur le mode de la prise en main et du travail sur le corps est en effet associé un mépris explicite du « laisser-aller » qui se manifesterait à la fois dans les pratiques alimentaires et le corps des autres. Le fait de manger (et notamment de manger voracement, ou de faire de la nourriture quelque chose de « convivial ») est tenu pour de la « vulgarité » méprisable. »³⁸²

Nous l'écrivons toujours, la « maigreur indique nettement ce que le soi *est* et *n'est pas*. Elle procède d'une logique identificatoire rigide, à distance de tout corps normal qui demeurerait poreux »³⁸³ :

« [...] le corps « gros » est celui des gens grossiers tout comme le corps « fin » est celui des gens fins. »³⁸⁴

Comme nous l'écrivons, c'est « un style abstrait de « soi », aux cloisons étanches »³⁸⁵, qui est préféré au « soi réel »³⁸⁶, cependant que ce-dernier « était porteur d'une véritable capacité expressive. Marya Hornbacher écrit ainsi que le processus même de la création littéraire – qui lui était cher – fut compromis par son anorexie mentale, l'écriture requérant justement l'ancrage subjectif que le TCA s'évertue à détruire »³⁸⁷ :

³⁸² Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op.cit.*, p. 285. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

³⁸³ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁸⁴ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op.cit.*, p. 285.

³⁸⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁸⁶ Ibid.

³⁸⁷ Ibid.

« Je songeai à écrire. Mais qu'aurais-je dit ? J'avais cessé depuis longtemps d'écrire, l'écriture vraie, l'écriture mienne. Les mots ne venaient plus. J'avais perdu le sens de la première personne, l'immersion dans le monde que l'écriture requiert. »³⁸⁸

Le sujet anorexique se condamne à faire, tôt ou tard, une expérience douloureuse de vide subjectif³⁸⁹, et c'est sans doute celle-ci qui est à la source du désir de rémission dans de nombreux cas. Le sujet se sent inévitablement atrophié et coupé de sa propre identité. Néanmoins, la stratégie addictive anorexique a une efficacité à moyen terme, qui permet au sujet d'échapper à la « fatigue d'être soi » par le rétrécissement de son corps et l'économie de moyens que la maigreur semble représenter. En effet, la personne anorexique se console « du vide et de l'absence d'expression réelle de soi par la *validation inconditionnelle* que permet la maigreur »³⁹⁰. C'est ce que nous devons à présent expliciter.

II – Se soustraire à la demande de reconnaissance et dépasser la séduction

³⁸⁸ “I thought of writing. But what would I have said? I'd long since stopped writing, real writing, my own writing. No words ever came anymore. I'd lost the sense of first-person, the sense of being in the world that writing requires.”, In Marya Hornbacher, *Op. Cit.*, p. 261. Nous traduisons. Cité dans Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

³⁸⁹ Marya Hornbacher, *Op. Cit.*, p. 266: « Le soi que j'avais été, par le passé, était *too much*. Maintenant il n'y avait plus de soi du tout. J'étais un espace vide, un blanc. » Nous traduisons.

³⁹⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

a) Anorexie mentale et représentations sociales associées à la maigreur

Comme nous l'écrivons dans notre article, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »³⁹¹, le « lien entre anorexie mentale et conditionnement social est problématique. Nous en avons esquissé certaines caractéristiques dans le premier chapitre. Comme l'écrit Dorothée Legrand à propos du modèle « féministe »³⁹², avant de le discuter, le fait est que 90% des sujets anorexiques sont des femmes vivant, pour la plupart, dans des sociétés occidentales ou occidentalisées où le corps définit *effectivement* l'identité et les opportunités professionnelles accessibles au sujet. Le corps anorexique est ainsi perçu comme un corps principalement culturel, l'anorexique étant « hypersensible » à l'injonction masculine et sociale de minceur. Dououreusement consciente de l'écart entre le corps-idéal et son corps-réel, l'anorexique chercherait à le résorber³⁹³. Une difficulté de ce modèle réside certainement dans son incapacité à déterminer ce qui fonde « l'hypersensibilité » du sujet anorexique. »³⁹⁴

Ainsi que l'écrit l'anthropologue et clinicienne Rebecca J. Lester dans son article « The (dis)embodied self in anorexia nervosa » :

« Les rituels de l'anorexique – ses compulsions alimentaires, ses exercices routiniers, son contrôle militaire du moindre aspect de sa vie, des moindres mouvements et actions de son corps – ont un but,

³⁹¹ Ibid.

³⁹² Dorothée Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op.cit.*, p. 728.

³⁹³ Ibid.

³⁹⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

une finalité, qui n'ont qu'un rapport périphérique à la minceur pour la minceur, et qui ont tout à voir avec le travail et la modification du soi tandis qu'est communiquée l'attitude du soi. »³⁹⁵

Hilde Bruch souligne également que l'anorexie mentale « n'est pas une affaire de poids et d'appétit ; le problème essentiel [étant] lié à des doutes intérieurs et à un manque de confiance en soi »³⁹⁶. Dorothée Legrand conclut en ce sens qu'il serait une erreur « de réduire l'anorexie mentale à une obsession socialement construite de l'apparence, de la beauté ou de la minceur : cela ne [suffirait] pas à rendre compte du fait que les sujets anorexiques se tuent littéralement en s'affamant »³⁹⁷.

Nous tenterons alors, comme nous l'écrivons, de « déterminer la logique à l'œuvre dans le comportement anorexique, qui fait selon nous de la maigreur et de ses significations sociales un usage *instrumental* pour se soustraire à la demande de validation. Autrement dit, sans être *causée* par des données strictement sociales, l'anorexie mentale n'en évoluerait pas moins dans un contexte où la maigreur, nous l'avons vu, est socialement distinctive. Nous pensons que le sujet anorexique est conscient de ces données sociologiques, et qu'elles déterminent une *configuration* ou modulation particulière du TCA. Si l'anorexie mentale demeure

395 Lester, R. J., « The (dis)embodied self in anorexia nervosa », *Op. cit.*, p. 485 : « The anorexic's rituals – her food compulsions, her exercise routines, her militaristic regimenting of every aspect of her life, every movement and action of her body – have a goal, a purpose, which only peripherally has to do with being thin to be thin, and has everything to do with changing and modifying the self, while at the same time communicating the "attitude" of the self », cite par Dorothée Legrand, *op. Cit.*, p. 728. Nous traduisons.

³⁹⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 117.

³⁹⁷ Dorothée Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *op. Cit.*, p. 728 : « it is thus a mistake to reduce anorexia to a socially derived obsession with appearance, beauty or thinness: this doesn't suffice to explain why anorexic subjects are literally killing themselves out of starvation. » Nous traduisons. Voir également Sheila, « Sublime Hunger: A Consideration of Eating Disorders beyond Beauty »; *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 2003 ; 18(4), pp. 65-86.

étiologiquement irréductible à tout contexte social ou culturel déterminé, elle est susceptible de formes différentes, de mutations selon le décor dans lequel elle évolue. Elle prend donc une tournure spécifique dans un contexte où la maigreur est socialement célébrée. C'est en ce sens qu'une ex-anorexique³⁹⁸ avait pu dire, dans le cadre d'une série d'entretiens destinés à notre recherche, que la valorisation sociale de la minceur n'avait pas *causé* son TCA, mais l'avait *entretenu* une fois apparu. Elle établissait ainsi que son anorexie mentale aurait probablement été une expérience pathologique écourtée si elle n'avait pas été à ce point *encouragée* socialement, et porteuse de bénéfices relationnels »³⁹⁹ :

« Garner a développé un modèle résumant assez clairement le rôle que les différents facteurs peuvent avoir dans le développement de la maladie. Il y distingue trois types de facteurs potentiels : les facteurs *prédisposant* à l'anorexie mentale, les facteurs *déclenchant* la maladie et les facteurs *renforçant* le comportement. »⁴⁰⁰

Nous serions ici face à un facteur « renforçant » le comportement. « Partant, la capacité de l'anorexie mentale à s'auto-perpétuer – le TCA devenant sa propre cause à mesure que les motivations initiales s'effacent et semblent indiscernables⁴⁰¹ –, n'est pas exclusivement biologique » et psychologique, ces deux facteurs étant par ailleurs mis en évidence par Hilde Bruch...

³⁹⁸ Il s'agit de l'enquêtée Alice Ribes.

³⁹⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁰⁰ Annaïg Courty. Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 23. Nous soulignons.

⁴⁰¹ Voir sur ce point l'analyse de l'autonomie qu'acquiert l'anorexie mentale dans notre article : « Un cas de psychopathologie paradigmatique de l'addiction : l'anorexie mentale », « Penser les addictions », *Implications Philosophiques*, 2016.

« [...] la privation de nourriture entraîne des troubles psychologiques graves qui font que cet état trouve en lui-même sa source de continuité. L'organisme privé de nourriture est comme un système fermé qui continue à fonctionner indéfiniment au ralenti. »⁴⁰²

... mais cette auto-perpétuation tient également à des motifs sociaux.

b) Neutraliser la part aléatoire du jugement social

Nous continuons, dans cette sous-partie, à reprendre extensivement des passages de notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »⁴⁰³. Ainsi, « comment la maigreur, assortie de son cortège de représentations sociales, peut-elle être *instrumentalisée* pour dispenser le sujet d'avoir à solliciter une reconnaissance ?

Certaines personnes anorexiques, dans nos entretiens toujours, rapportent des remarques faites »⁴⁰⁴ dans le « milieu médical, jugées déplacées : « vous devriez avoir des formes », « les hommes aiment les femmes qui ont des formes ». Le corps amaigri, en effet, n'est pas destiné à la séduction comme un objet idéalement proportionné au désir masculin – la question de l'esthétisation et de l'érotisation de la maigreur demeure cependant complexe et susceptible de variations multiples selon les sujets anorexiques. D'une manière générale, nous pensons que la maigreur n'a pas la séduction pour finalité, mais le *dépassement* de la problématique même de

⁴⁰² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 113.

⁴⁰³ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁴⁰⁴ Ibid.

la séduction. Un trait récurrent des témoignages anorexiques est le sentiment de toute-puissance ou d'invulnérabilité associé à la maigreur⁴⁰⁵. La maigreur ne réclame rien, elle s'affirme. Loin d'avoir une valeur expressive à la mesure »⁴⁰⁶ du soi, « elle échappe à la double nécessité d'exposition du soi et de demande de validation »⁴⁰⁷. Muriel Darmon cite en ce sens l'une de ses jeunes femmes anorexiques enquêtées :

« Je sais pas pourquoi, mais ça me fascine la maigreur [...]. J'arrive pas à trouver ça laid... Même on me le dit, on me dit que c'est pas beau, mais... je sais pas, y a quelque chose... C'est toujours cette idée d'irréprochable, on n'a rien à reprocher, y a rien qui dépasse... [...], [Christine, C]. »⁴⁰⁸

Muriel Darmon peut ainsi commenter :

« Le caractère radical de la maigreur peut [être] présenté, paradoxalement, non plus seulement comme une façon de se conformer à l'irréprochable mais comme une façon de s'extraire du jugement d'autrui sur soi, de changer la règle du jeu des assignations en imposant la catégorie par laquelle on est perçue. »⁴⁰⁹

Comme nous l'écrivons dans notre article précité⁴¹⁰, « Muriel Darmon développe l'idée d'une nouvelle « catégorie », transcendant les normes courantes du jugement social. La maigreur

⁴⁰⁵ Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op. Cit.*, p. 68 : « Le but était de devenir surhumaine, la peau comme une armure, ne fléchissant pas dans l'adversité, hors de l'atteinte des autres. » Nous traduisons.

⁴⁰⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁰⁷ Ibid.

⁴⁰⁸ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 282.

⁴⁰⁹ Ibid. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁴¹⁰ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

anorexique, « extrême », « permet [...] l'obtention d'un corps « hors de normes », c'est-à-dire qui est trop loin des normes habituelles pour pouvoir être jugé par les autres [...] »⁴¹¹. Nous pensons que cela est vrai des sujets anorexiques ayant atteint une forme radicale »⁴¹², spectaculaire et en ce sens, inesthétique, d'émaciation. Pour de nombreux sujets anorexiques, la maigreur atteinte n'est pas cette maigreur ostensiblement pathologique, à caractère mortifère. « Elle se rapproche davantage de la maigreur des mannequins dans le milieu de la mode : une maigreur considérable, mais pas tout à fait cadavérique »⁴¹³. Le tour de force, pour les mannequins, consiste précisément à se maintenir à un niveau de maigreur conséquent mais non choquant visuellement – les os sont masqués sur les photographies quand les mannequins perdent trop de poids. Ainsi il est toujours vrai de dire que le sujet anorexique cherche à s'extirper de la demande de validation ; mais cet affranchissement tient plutôt à « l'équivalence, socialement admise, entre maigreur et réussite, beauté, sophistication, discipline, force de caractère⁴¹⁴, retenue, etc. »⁴¹⁵, qu'à l'imposition d'une nouvelle « catégorie ». Cette « équivalence, qui voit dans la maigreur le critère ultime du succès, est exploitée par l'anorexique non pour *plaire*, mais pour s'affranchir de toute dépendance aux jugements particuliers, individuels. Portia de Rossi peut ainsi écrire »⁴¹⁶ :

« Je savais que tout le monde [...] nous enviait – nous étions déterminées, *in control*, n'ayant besoin de rien ni personne pour nous sentir exceptionnelles ou accomplies ; nous avons créé notre propre et ultime succès. Nous avons gagné la lutte que la terre entière menait. ».⁴¹⁷

⁴¹¹ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 282.

⁴¹² Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁴¹³ Ibid.

⁴¹⁴ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 286 : « Le fait de tenir le régime et la restriction alimentaire devient [...] la pierre de touche d'une « force de caractère » qui signale l'excellence sociale par opposition avec ceux qui « n'y arrivent pas ». »

⁴¹⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴¹⁶ Ibid.

⁴¹⁷ « I knew [the people] were [...] wishing that they could be just like us – determined, controlled, not needing anything or anyone to feel special or successful; we'd created our own ultimate success. We

Nous l'écrivons, « la personne anorexique n'a pas à se demander si elle plaît à *tel* autre : la réponse est, par défaut, connue. Tous les jugements particuliers lui deviennent indifférents en ce sens que le jugement général (social) lui est favorable. L'anorexique est ainsi un sujet exposant à un autre *abstrait* un soi non moins abstrait – ou *genre* de soi. C'est par le même mouvement que l'altérité et la subjectivité sont vidées de leur substance dans le développement du TCA. L'anorexie nous paraît ainsi située dans un au-delà de l'intersubjectivité, reposant sur un double vide de soi et de l'autre⁴¹⁸, ou faisant du jugement social « anonyme » l'arbitre et le médiateur des relations particulières. »⁴¹⁹

On peut comprendre en ce sens une tendance exhibitionniste du sujet anorexique décelée par Hilde Bruch, qui vient tout à la fois de la conviction d'avoir un corps irréprochable, hors d'atteinte et de tout jugement social défavorable, et d'un sentiment suffisant d'absence à soi (ou de vide subjectif, dans la continuité de nos analyses précédentes). C'est ainsi que Hilde Bruch décrit le cas de l'une de ses patientes, dont la pudeur fut proportionnelle à l'augmentation du poids, tandis que l'assurance d'être maigre la poussait à s'exhiber indifféremment :

« Quand son poids augmenta et que de légères courbes se dessinèrent, elle devint très pudique, voire pudibonde. Elle expliqua que tant qu'elle n'avait eu que la peau et les os, elle ne s'était pas souciée que quiconque la vît nue. »⁴²⁰

had won the battle that the whole world was fighting", In Portia de Rossi, *Op. Cit.*, p. 192. Nous traduisons.

⁴¹⁸ Ce double vide intersubjectif a pour corollaire un sentiment de solitude irrémédiable : « Elle serait comme une expatriée qui laisse derrière tout ce qui était important, qui est condamnée à l'isolement et à la solitude sans fin. Elle était terrifiée à l'idée que tout ce à quoi elle avait appartenu se désagrégeait, et qu'elle dépendait maintenant entièrement d'elle-même », écrit Hilde Bruch à propos de l'une de ses patientes, cf. *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 87.

⁴¹⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴²⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 101.

c) Systématiser le jugement social

Le phénomène social que nous venons de décrire peut être approfondi par l'étude d'un trait de personnalité commun aux personnalités autistiques et anorexiques : la systématisation (dans la pensée, le raisonnement, les représentations). Dans les troubles du spectre autistique, en effet, se trouvent deux caractéristiques importantes : une empathie bornée (difficulté à discerner l'état émotionnel des autres et à y répondre de manière adéquate) d'une part ; une capacité à « analyser, explorer »⁴²¹ et « créer des systèmes logiques »⁴²² d'autre part. Les personnes Asperger auraient des aptitudes de systématisation particulièrement élevées, expliquant notamment l'aspect « restreint des intérêts »⁴²³, le besoin d'établir des routines et « la résistance au changement »⁴²⁴. Et cela, dans la mesure où

« [...] quand on systématise c'est mieux de garder toutes les choses constantes et de faire varier un facteur à la fois. De cette façon, on peut observer les relations de causalité, et grâce à la répétition des expériences on peut vérifier qu'on obtient les mêmes résultats. »⁴²⁵

⁴²¹ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. Cit.*, p. 71.

⁴²² Ibid., p. 70.

⁴²³ Ibid., p. 71.

⁴²⁴ Ibid.

⁴²⁵ Baron-Cohen, S., E. Ashwin, C. Ashwin, T. Tavassoli and B. Chakrabati (2009). "Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity.", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 364: 1377-83, p.1378. Cité par Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 71.

Les personnalités autistiques recherchent, en créant des modèles d'intelligibilité systématiques du réel, en décelant et formalisant des régularités nomologiques et des relations causales fixes, une certaine « prédictibilité »⁴²⁶ jusque dans le domaine des relations intersubjectives. Or, les personnalités anorexiques présenteraient des tendances similaires ou, à tout le moins, comparables à ces traits autistiques. Nous avons déjà souligné la présence de l'anxiété sociale et des comportements évitants comme « l'isolement relationnel »⁴²⁷ chez les anorexiques. Pour certains chercheurs⁴²⁸, ces difficultés voire phobies sociales seraient liées à « un déficit de cognition sociale, défini comme la capacité à construire des représentations des relations entre soi et les autres qui permettent de guider le comportement social »⁴²⁹. On trouverait notamment, au cœur de ce déficit, la difficulté « à identifier les émotions d'autrui ». Conjointement, rappelons que les traits obsessionnels compulsifs demeurent une composante prévalente des personnalités anorexiques⁴³⁰ :

⁴²⁶ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 71.

⁴²⁷ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 71.

⁴²⁸ Adolphs, R., L. Sears and J. Piven (2001). "Abnormal processing of social information from faces in autism." 15(5). J Cogn Neurosci 13(2): 232-40., cité par Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 71.

⁴²⁹ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 71.

⁴³⁰ Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa, *op. cit.*: "These traits include anxiety, negative emotionality, perfectionism, inflexibility, [...], and obsessive behaviors (particularly with order, exactness, and symmetry)." (Ces traits [des personnalités anorexiques] incluent l'anxiété, les émotions négatives, le perfectionnisme, la rigidité, [...], et des comportements obsessionnels (particulièrement avec l'ordre, l'exactitude, et la symétrie. » ; nous traduisons.)

« Selon le DSM-IV-Tr, les personnes ayant des troubles obsessionnels valorisent la perfection, ont peur de commettre des erreurs, sont excessivement consciencieuses et ont un fonctionnement cognitif rigide et des affects restreints. Si la dénutrition semble en amplifier les effets [...], ces traits obsessionnels dateraient de l'enfance [...] et pourraient être retrouvés chez les anorexiques guéries sous la forme de thèmes d'ordre ou de symétrie [...]. »⁴³¹

Sur la base de ces éléments, certains chercheurs⁴³² ont proposé une extension du modèle « empathie / systématisation » à l'anorexie mentale :

Dans l'anorexie c'est la recherche d'ordre, de contrôle et de prédictibilité qui semble être l'essence de la systématisation [...]. Ainsi un des thèmes retrouvés pour justifier la perte de poids dans l'AM est le besoin de contrôle, le travail sur [le] corps devenant alors le centre des obsessions dans une poursuite systématisante [...] »⁴³³.

Le corps est investi de manière systématique, et ce afin de régler *tous* les aspects l'existence. Il devient le pôle d'investissement quasiment exclusif du sujet anorexique, qui en fait le médium de tous les potentiels autres accomplissements. En ce sens, le corps est à la fois traité de manière ritualisée et systématique, comme le souligne l'étude, mais de plus il joue un rôle « systématisant ». C'est plutôt ce dernier point que nous voudrions souligner.

⁴³¹ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, pp. 71-72.

⁴³² Zucker, N. L., M. Losh, C. M. Bulik, K. S. LaBar, J. Piven and K. A. Pelphrey (2007). "Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes." *Psychol Bull* 133(6): 976-1006, cité par Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 72.

⁴³³ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 72.

On pourrait considérer, en effet, comme nous le disions dans nos précédentes analyses, qu'il en va ici d'un rapport *instrumental* à la maigreur. Le poids du corps serait l'unique facteur que le sujet anorexique ferait « varier » – « [...] quand on systématise c'est mieux de garder toutes les choses constantes et de *faire varier un facteur à la fois*. De cette façon, on peut observer les relations de causalité, et grâce à la répétition des expériences on peut vérifier qu'on obtient les mêmes résultats »⁴³⁴ – pour observer des constantes du fonctionnement social et déterminer par suite une stratégie d'adaptation permettant de contrôler davantage le déroulement et l'issue des relations interpersonnelles. La maigreur serait une variable dont l'anorexique constaterait, durant ses phases d'amaigrissement et par des expérimentations répétées, qu'elle aboutit à des interactions sociales prévisibles, interprétées comme lui étant généralement favorables, et qu'elle souhaiterait par conséquent conserver.

Ce que perçoit le sujet anorexique, c'est que son interlocuteur, dans une vaste majorité de cas, lui accorde une sorte de « bénéfice immédiat » en percevant son corps maigre ou très mince. Or, le fait de pouvoir compter sur ce jugement social *a priori* positif permettrait à l'anorexique de ne pas avoir à se préoccuper de paramètres beaucoup plus variables et aléatoires pour ajuster les rapports sociaux. Par exemple, la « qualité » du discours devient moins nécessaire, le style vestimentaire lui-même tend à être superflu, le maquillage est dispensable, le fait de pouvoir correctement interpréter les propos d'autrui et de discerner ses émotions afin de lui répondre de manière appropriée est ressenti comme un effort plus ténu et moins obsessionnel, etc. En clair, la personne anorexique peut paradoxalement se sentir plus spontanée et « naturelle » parce qu'elle *sait* que la maigreur exerce une fascination suffisante sur l'autre pour la décharger des préoccupations habituellement liées au rapport intersubjectif et au désir de reconnaissance. Si le rapport à l'autre est vécu comme une performance – où il faut déchiffrer des éléments interactifs complexes pour réussir à être validé par autrui –, alors, en déplaçant la performance à l'endroit du corps – par son amaigrissement –, le sujet anorexique amoindrit considérablement la performance proprement sociale – du moins est-ce ainsi qu'il raisonne. En somme, les angoisses liées ordinairement au risque d'échec ou de ratage des interactions sociales sont globalement résorbées par le fait de pouvoir *supposer systématiquement* une réaction déterminée de l'interlocuteur face à la maigreur-minceur. On peut ainsi faire

⁴³⁴ Baron-Cohen, S., E. Ashwin, C. Ashwin, T. Tavassoli and B. Chakrabati (2009), article cité, p.1378.

l'hypothèse que l'amaigrissement est l'une de ces stratégies développées pour « s'adapter à [l'environnement] social et compenser [le] déficit en cognition sociale »⁴³⁵ chez les anorexiques.

Comme nous l'écrivons dans notre article, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »⁴³⁶, « quiconque fait l'expérience de la maigreur sait à quel point elle suscite une célébration permanente. Cette validation ne suffit pas à *causer* un trouble aussi complexe que l'anorexie mentale, ni à rendre compte des pratiques radicales de privation qui la caractérisent, mais elle figure parmi les « bénéfiques » qui ont un rôle majeur dans sa perpétuation. C'est en raison de ces bénéfiques que la fatigue générée par les comportements autodestructeurs est longtemps sous-estimée voire déréalisée – elle paraît un moindre mal à qui est « fatigué d'être lui-même ». Le surmenage physique est supporté parce qu'il décharge le sujet de l'épuisement psychologique d'avoir à *exister*. »⁴³⁷ C'est un effet de « contraste qui le rend tolérable. Que sont les troubles du corps au regard du sentiment d'invulnérabilité aux autres ? On comprend que le désir de rémission ne puisse apparaître que lorsque la fatigue physique devient invalidante et génère à son tour des sentiments dépressifs »⁴³⁸ : le sujet anorexique est rattrapé par les sentiments auxquels il cherchait à échapper. C'est ce que nous allons à présent analyser.

⁴³⁵ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*, p. 72.

⁴³⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴³⁷ Ibid.

⁴³⁸ Ibid.

Chapitre 4 : l'échec de la stratégie anorexique. L'anorexie mentale est une production aliénée de soi-même

I – Le faux travail anorexique

a) Le travail du corps ou le corps comme capital

Comme nous l'écrivons pour ramasser nos développements précédents, « l'anorexie mentale peut être définie comme une double échappatoire à l'expression de soi et à la demande de reconnaissance, permettant néanmoins une *réussite* sociale supplantant l'accomplissement de soi »⁴³⁹ par des modalités plus classiques, comme le travail. C'est ce que nous voudrions à présent approfondir. Nous pensons que, dans l'esprit du sujet anorexique, « le travail proprement dit renvoie le sujet à une responsabilité disproportionnée d'excellence, dont le risque d'échec est paralysant. C'est pourquoi l'anorexie mentale fonctionne comme un substitut de travail : elle apparaît comme une voie plus sûre vers le succès »⁴⁴⁰.

Comme nous le notons dans notre article⁴⁴¹, les « pratiques anorexiques sont [décrites], sur les sites « pro-ana » (sites ou blogs qui promeuvent l'anorexie mentale et la boulimie comme modes d'existence viables) par exemple, dans le vocabulaire du travail : des « techniques » de vomissement sont préconisées, etc. Un véritable « savoir-faire » anorexique est développé. C'est ainsi que Marya Hornbacher se rappelle, avec ironie, s'être considérée comme une

⁴³⁹ Ibid.

⁴⁴⁰ Ibid.

⁴⁴¹ Ibid.

« experte » après avoir vomi sans laisser de traces à l’occasion d’un épisode boulimique, et sans provoquer un œdème du visage⁴⁴². »⁴⁴³ Hilde Bruch relève :

« Chacune devient une *spécialiste* dans le genre de nourriture qu’elle absorbe : cela va de repas pris, l’un à la suite de l’autre, dans des restaurants gastronomiques, à l’épuisement des réserves du congélateur familial dans des orgies nocturnes de steaks grillés, en passant par la consommation de « cochonneries » achetées par voitures entières au supermarché le plus proche. Quelle que soit la nourriture, elle est arrosée de litres de lait et autres liquides qui facilitent la régurgitation. »⁴⁴⁴

Enfin, Muriel Darmon évoque « le “labeur” de la restriction alimentaire, de la dépense physique et des diverses pratiques de la prise en main [...] »⁴⁴⁵.

Le sujet anorexique, bien qu’il cherche à remédier à la « fatigue d’être soi » conceptualisée par Alain Ehrenberg, en se soutenant par un dispositif addictif censé offrir une alternative aux modalités typiques d’accomplissement de soi et de réussite, reste entièrement tributaire d’une vision de la performance individuelle qui est celle-là même qui conduit aux syndromes dépressifs. On lit dans les témoignages des anorexiques enquêtées par Muriel Darmon un net désir de vie autonome, idéalement réglée sur des lois que l’individu s’est à lui-même données, limitant à l’extrême les possibles intrusions d’autrui :

« J’ai rythmé ma vie à partir des repas, de tout ce que j’allais manger, pas manger [...]. C’était mon rythme, c’était moi qui déterminais ma vie. »⁴⁴⁶

⁴⁴² Marya Hornbacher, *Wasted*, Op. Cit., p. 168.

⁴⁴³ Margaux Merand, « L’anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁴⁴ Hilde Bruch, *L’énigme de l’anorexie*, op. Cit., p. 106. Nous soulignons.

⁴⁴⁵ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, Op. Cit., p. 291.

⁴⁴⁶ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit., p. 149.

L'individu anorexique est captif d'un fantasme d'autodétermination, voire d'autogenèse, absolu. Il veut générer sa vie de manière démiurgique, sans être tributaire des décisions d'autrui qu'il redoute de subir. Nous reviendrons plus tard sur le désir d'autonomie du sujet anorexique, qui doit trouver son point d'aboutissement réel au cours de la rémission, mais qui prend au cœur de l'expérience pathologique une forme aliénée. En effet, le désir légitime d'autonomie se traduit, dans l'anorexie mentale, par un fantasme d'*auto-suffisance* excluant l'altérité vécue comme source d'angoisse. L'un des enjeux de la rémission est alors, nous y reviendrons, de comprendre la différence sensible qui sépare le désir, sain, de devenir un *sujet* au sens plein du terme⁴⁴⁷ – et à ce titre un sujet autonome –, de l'illusion de l'auto-suffisance qui pousse le sujet à des sentiments inverses, chroniques, d'insuffisance.

Nous disions que le dispositif anorexique, censé soulager le sujet des pressions sociales qui s'exercent sur lui – et qui génèrent une « fatigue d'être soi » –, replaçait paradoxalement le sujet dans une logique d'ultra performance individuelle. En ce sens, le cadre anorexique n'est pas transgressif : si le sujet anorexique aspire à une réelle autonomie, il ne se représente pas néanmoins comment l'atteindre, et la stratégie qu'il élabore pour se défendre de l'angoisse d'avoir à devenir « quelqu'un » – un individu performant sur la scène sociale – ne fait que déplacer le cadre de sa performance sans l'annuler. Le bénéfice de ce déplacement est néanmoins, comme nous l'avons dit, que le cadre de la performance lui paraît désormais plus *contrôlable* car restreint, à l'image de la cage étroite dans laquelle l'artiste de la faim⁴⁴⁸ de Kafka réalise sa performance de jeûne. Dans le processus d'amaigrissement, l'individu devient à lui-même son propre capital : il est entièrement seul avec lui-même, donc *a priori* auto-suffisant. Il peut partir de la « matière première » qu'est son corps et la transformer en valeur, maximiser le profit qu'il peut en obtenir. Il s'agit en ce sens d'une démarche rationnelle et

⁴⁴⁷ Voir notamment R. Kennedy « Becoming a subject: Some theoretical and clinical issues », *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 2000.

⁴⁴⁸ Franz Kafka, *Un artiste de la faim. A la colonie pénitentiaire et autres récits*, trad. nouvelle, préface et notes de Claude David, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1990.

organisée d'auto-optimisation dont nous trouvons une description particulièrement éloquente chez Jean Baudrillard :

« [...] ce réinvestissement narcissique, orchestré comme mystique de libération et d'accomplissement, est en fait toujours simultanément un investissement de type efficace, concurrentiel, économique. Le corps ainsi « réapproprié » l'est d'emblée en fonction d'objectifs « capitalistes » : autrement dit, s'il est investi, c'est pour le faire *fructifier* [nous soulignons]. Ce corps réapproprié ne l'est pas selon les finalités autonomes du sujet, mais selon un principe *normatif* de jouissance et de rentabilité hédoniste, selon une contrainte d'instrumentalité directement indexée sur le code et les normes d'une société de production et de consommation dirigée. Autrement dit, on gère son corps, on l'aménage comme un patrimoine, on le manipule comme un des multiples *signifiants de statut social*. La femme [qui] dit « s'occuper de lui avec la même tendresse qu'elle a pour ses enfants » ajoute aussitôt : « J'ai commencé à fréquenter les instituts de beauté... Les gens qui m'ont vue après cette crise m'ont trouvée plus heureuse, plus belle... » Récupéré comme *instrument de jouissance et exposant de prestige*, le corps est alors l'objet d'un *travail d'investissement* (sollicitude, obsession) qui, derrière le mythe de libération dont on veut bien le couvrir, constitue sans doute *un travail plus profondément aliéné que l'exploitation du corps dans la force de travail*. »⁴⁴⁹

Nous retrouvons, dans ce passage, l'idée qu'une telle performance d'auto-optimisation, centrée sur le corps, ne répond pas aux « finalités autonomes du sujet »⁴⁵⁰, mais reste complètement prisonnière d'une logique de rentabilité « capitaliste »⁴⁵¹. Il s'agit d'un dévoiement ou d'une aliénation de l'autonomie réelle. Comment pouvons-nous comprendre le sens d'une telle *aliénation*, comparable voire supérieure, d'après Jean Baudrillard, à celle que Marx a conceptualisée ?

⁴⁴⁹ Jean Baudrillard, *La société de consommation*, 1970, rééd. Gallimard, coll. Folio, 2008, p. 204. Nous soulignons.

⁴⁵⁰ Ibid.

⁴⁵¹ Ibid.

b) Le risque d'échec constitutif du vrai travail

Comme nous l'écrivons dans notre article précédemment cité⁴⁵², « le sujet anorexique [déplace] la fonction du travail sur son propre corps, entité matérielle supposément contrôlable. Ce déplacement doit idéalement permettre de conserver les bénéfices du travail en supprimant les errements qui le caractérisent. De tels errements sont en effet constitutifs du travail. Rapportons-nous par exemple à la définition qu'en donne Christophe Dejours :

« Le réel du travail, c'est ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance au mode opératoire, aux habiletés professionnelles, au savoir-faire [...]. Alors que je continue à travailler en utilisant tout ce que je connais déjà, *en dépit de cette maîtrise* que j'ai habituellement, je suis en échec. [...] Travailler, c'est *être capable d'endurer cette expérience de l'échec le temps qu'il faudra jusqu'à ce que je trouve la solution qui me permette de le surmonter*. [...] Le réel se fait connaître sur un mode affectif : l'échec ; et l'échec engendre d'autres états : la surprise, un sentiment d'irritation, de colère parfois – quand ça dure trop longtemps –, une déception, un découragement, l'impression d'être incompetent, l'interrogation, la circonspection, le doute sur la réalité mais aussi le doute sur soi-même. »⁴⁵³

Ainsi, le travail requiert une « endurance »⁴⁵⁴ : l'opération doit être recommencée avec acharnement, ce qui est particulièrement manifeste dans le travail de recherche. On peut y échouer pendant plusieurs années, et le « bon chercheur » sera alors « celui qui aura l'obstination de continuer alors même qu'il n'arrive pas à attraper ce qu'il cherche à

⁴⁵² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁵³ Christophe Dejours, propos extraits du film « J'ai très mal au travail » (réalisateur Jean-Michel Carré, éditions Montparnasse).

⁴⁵⁴ Ibid.

démontrer »⁴⁵⁵. Pour travailler, je dois accepter « de me faire habiter peu à peu » par « cette expérience de ce qui s’oppose à ma maîtrise »⁴⁵⁶. C’est parfois en « emportant » l’énigme chez moi, en en faisant des « insomnies », que me viendra une idée orientant vers la solution : « tout cela n’est pas une conséquence regrettable du travail, *c’est le travail même* », insiste Christophe Dejours, dans la mesure où « la souffrance *guide* l’intelligence »⁴⁵⁷. La souffrance me pousse à persévérer « dans l’espoir de trouver une solution, ce qui me permettra de surmonter ma frustration, et peut-être, de transformer cette souffrance en plaisir. »⁴⁵⁸

Il y a travail pour autant qu’un risque d’échec est encouru. La souffrance morale générée par la conscience de ce risque est un moteur ; elle possède une fonction heuristique. Comprenons alors que l’aboutissement du travail, l’objet produit – ici le savoir couronnant une activité de recherche – est le triomphe, fixé dans *l’objet*, sur cet échec potentiel. Le fruit de l’activité de production est un échec *effectivement* surmonté. L’objet est ainsi consubstantiel au travail, comme l’explique Franck Fischbach dans son analyse de la conceptualité marxienne »⁴⁵⁹ :

« Marx rappelle que le rapport à l’objet et à l’objectivité en général est un rapport normal, au sens où il appartient à l’essence du travail : ‘le produit du travail est le travail qui s’est fixé dans un objet, qui s’est fait chose, il est *l’objectivation du travail* ; la réalisation du travail et son objectivation’. Cela signifie qu’il n’y a pas de travail qui ne soit pas producteur d’objets, et que le travail est cette activité (si l’on veut « subjective ») qui, *nécessairement* et *par essence*, s’objective, qui est naturellement destinée à se fixer dans l’objet qu’elle engendre. Le passage de l’activité au repos de l’objet produit est un passage nécessaire pour cette activité qu’est le travail. L’objectivation de soi dans l’objet produit n’est pas, pour le travail, une *chute* dans l’inertie ou le repos qui serait contraire à l’essence active et vivante du travail. Marx considère que l’objet produit est un accomplissement de soi pour l’activité productrice, et non pas

⁴⁵⁵ Ibid.

⁴⁵⁶ Ibid.

⁴⁵⁷ Ibid.

⁴⁵⁸ Ibid.

⁴⁵⁹ Margaux Merand, « L’anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

une négation d'elle-même. Ce fait [...] de passer dans un être produit n'a rien en lui-même d'aliénant, au contraire : c'est sa destination et son accomplissement. » ⁴⁶⁰

Nous l'écrivons⁴⁶¹, le « sujet aliéné, par conséquent, est *un sujet sans objets* »⁴⁶². Les doctrines qui font de l'objectivation un résultat intrinsèquement aliénant – réifiant – partent d'une conception *déjà* aliénée du sujet :

« [...] le modèle qui part d'un sujet actif et productif, et qui conçoit l'aliénation comme la perte et la fixation de cette activité dans l'être de l'objet produit, est un modèle qui a *déjà* l'aliénation pour cadre d'élaboration de lui-même : il part comme d'un *fait* de ce que l'aliénation *engendre*, à savoir un sujet se concevant comme essentiellement actif, un sujet coupé ou séparé de l'objectivité, c'est-à-dire un sujet qui peut d'autant mieux se concevoir comme *purement* actif que ses objets lui ont été soustraits – c'est-à-dire que la part inactive, inerte et passive de son être lui a été soustraite. »⁴⁶³

À quoi il faut ajouter, nous l'écrivons⁴⁶⁴, « que l'aliénation n'est pas seulement perte de l'objet, mais *perte de cet objet précis* qui »⁴⁶⁵ devait exprimer « la subjectivité du travailleur »⁴⁶⁶ :

« Il y a aliénation [...] lorsque [la] réalisation devient, pour le sujet producteur, déréalisation de lui-même, lorsque l'objectivation, au lieu d'un accomplissement, devient, pour le producteur, une perte :

⁴⁶⁰Franck Fischbach, « Présentation : la théorie de l'aliénation », Introduction aux *Manuscripts économique-philosophiques de 1844*, K. Marx, Paris, Librairie Philosophique J. VRIN, 2007, p. 27.

⁴⁶¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁶² Ibid.

⁴⁶³ Franck Fischbach, « Présentation : la théorie de l'aliénation », Introduction aux *Manuscripts économique-philosophiques de 1844*, *op. cit.* p. 28.

⁴⁶⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁶⁵ Ibid.

⁴⁶⁶ Ibid.

‘cette réalisation du travail apparaît, dans la situation de l’économie nationale, comme *déréalisation* du travailleur, l’objectivation comme *perte de l’objet* et *asservissement à celui-ci*, l’appropriation comme *aliénation*, comme *perte de l’expression*’. »⁴⁶⁷

II – Le sujet anorexique est un travailleur sans objets

a) La maigreur ne devient jamais objet

Or, ainsi que nous l’écrivons⁴⁶⁸, « sur la base de ces critères définitionnels du travail, que constatons-nous ? C’est bien l’*incertitude* de réussir à produire un objet qui est insupportable à la personne anorexique. »⁴⁶⁹ Cette incertitude est indissociablement celle de pouvoir être *vue* et reconnue à titre de sujet doué de conscience et de capacité de production. Tout se passe comme si le sujet redoutait que ses efforts soient structurellement vains, condamnés à ne produire aucun objet à l’extérieur d’eux-mêmes, ce qui renvoie au « sentiment d’inefficacité »⁴⁷⁰ décrit par Hilde Bruch comme consubstantiel à la personnalité anorexique.

⁴⁶⁷ Franck Fischbach, « Présentation : la théorie de l’aliénation », Introduction aux *Manuscripts économique-philosophiques de 1844*, *op. cit.*, p. 28.

⁴⁶⁸ Margaux Merand, « L’anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁶⁹ Ibid.

⁴⁷⁰ Hilde Bruch, *L’énigme de l’anorexie*, *op. Cit.*, p. 9.

Le sujet malade cherche alors à se prémunir de sa crainte d'absence de résultats positifs, ou de résultats « vides », en « déplaçant la fonction du travail dans le rapport – intime, non soumis aux aléas externes – au corps. Ce déplacement aurait le mérite d'éclipser les douleurs psychologiques générées par le caractère erratique travail : le corps n'est-il pas *déjà* objet ? »⁴⁷¹. Le corps semble pouvoir être, d'emblée, cet objet dans lequel le « travailleur » anorexique exprime ses déterminations subjectives, et peut par suite se reconnaître et être reconnu. Étant déjà objet, il semble pouvoir libérer le sujet de sa peur de n'obtenir aucun objet à l'issue de son travail. Mais, nous l'écrivons, le « problème [demeure] paradoxalement [entier] : le corps maigre ne peut *jamais* devenir l'objet lié par essence à l'activité du travail. L'anorexique est alors dans la position du travailleur « aliéné ». La maigreur est un « objet » fuyant, ou plutôt n'est *nul objet*. Elle ne saurait être définitivement fixée, à l'image de l'objet produit – distinct du sujet producteur –, qui appartient durablement au monde matériel et autorise un repos autant qu'un sentiment d'accomplissement. Il faut alors renoncer à l'idée que le TCA – ou toute autre addiction – assurerait une stabilité contre les aléas du monde extérieur. Il se caractérise à la rigueur par une ritualisation de la compulsion et une « contrainte de répétition »⁴⁷² rassurantes psychologiquement – mimétiques de l'ordre que permet le travail –, mais n'assure aucune autre permanence que celle des comportements destructeurs. Ces-derniers ne produisent, à l'extérieur d'eux-mêmes et comme finalité, aucun objet – ils sont radicalement *autotéliques*. Le TCA s'apparente alors à la quête désespérée d'un *état inaccessible* »⁴⁷³ :

« [L'artiste de la faim de Kafka] a besoin que les autres hommes admirent le spectacle de son corps décharné et vidé de sa substance. Les éloges qu'il reçoit au début de sa carrière le ravissent et il souffre d'un sentiment d'injustice qui le désespère quand la foule, l'abandonnant, court vers d'autres spectacles

⁴⁷¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁷² Freud décrit « l'ordre » comme une « *contrainte de répétition* qui, établie une fois pour toutes, décide quand, où et comment quelque chose doit être fait, si bien que dans chaque cas semblable, on s'épargne d'hésiter et de balancer. », In *Le Malaise dans la culture*, Flammarion, Paris, 2010 [1930], Chapitre III, p. 111 ; nous soulignons.

⁴⁷³ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

et que l'on en oublie de noter les jours pendant lesquels il n'a rien mangé, si bien que "personne – pas même l'artiste de la faim – ne sait ce qu'il a accompli". »⁴⁷⁴

Nous l'écrivons, « la maigreur se dérobe à l'instant même où elle se « produit ». L'anorexique est toujours dans l'expectative : elle ne pourra commencer à vivre que *lorsqu'elle aura perdu du poids*. Ce poids, on le sait, elle n'en est jamais satisfaite. En ce sens, toutes les personnes anorexiques font remarquer que plus elles perdent du poids, plus elles s'obsèdent à l'idée de leur poids. À aucun moment ne peuvent-elles réellement jouir d'une maigreur *enfin* acquise. Cependant, cette affirmation doit être nuancée : chez Portia de Rossi⁴⁷⁵, comme chez d'autres, l'amaigrissement atteint un stade où le seul maintien du poids devient l'objectif⁴⁷⁶, non la perte vertigineuse des kilos »⁴⁷⁷ :

« Je pesais 40kg. C'était si mystérieux et magique que je pouvais tout juste le dire à voix haute. C'était *special*. Qui pesait 40kg ? C'était un accomplissement qui semblait m'appartenir complètement, être unique. »⁴⁷⁸

On trouve un propos du même ordre chez l'une des anorexiques enquêtées par Muriel Darmon :

⁴⁷⁴ Corine Pelluchon, « Approches croisées de la phénoménologie et du féminisme dans l'appréhension de l'anorexie », *op. Cit.*

⁴⁷⁵ Portia de Rossi, *Unbearable Lightness*, *Op. Cit.*, p. 220.

⁴⁷⁶ Voir Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op.cit.*, p. 164 : « Le fait de vouloir continuer peut également être défini comme une manière d'asseoir et d'assurer un objectif estimé atteint ».

⁴⁷⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁷⁸ Portia de Rossi, *Unbearable Lightness*, *Op. Cit.*, p. 221-222 ; nous traduisons. Voir notamment B. Gal, M.-R. Moro, « Rejet et fascination du corps. Aspects psychiques et transculturels », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* n° 1, 2007/1, pp. 101-111.

« En même temps je le savais que j'étais maigre [...]. C'est des plaisirs, des déplaisirs, mais c'est vraiment très fort, on a l'impression de vivre ce que personne ne pourra vivre [...]. On a l'impression d'être des surhommes, un peu, à la limite du paranormal [Yasmine, C]. » ⁴⁷⁹

Comme le souligne Hilde Bruch, il s'agit là de l'une des « énigmes » ou disons plutôt d'un paradoxe constitutif de l'expérience anorexique : « d'une part, [les jeunes femmes anorexiques] déclarent qu'elles ne voient pas leur maigreur et elles nient même l'existence d'un sérieux amaigrissement, mais d'autre part, elles en sont extraordinairement fières, et elles la considèrent comme leur suprême exploit »⁴⁸⁰. Pour le comprendre, on peut supposer que plus un sujet perd du poids, moins il est capable d'évaluer correctement son degré d'émaciation : il s'habitue à son apparence très amaigrie et ne voit plus son corps fondre⁴⁸¹. Cela ne l'empêche pas de *savoir*, et, en réalité, de *voir*, à certains aspects de son corps (par exemple la maigreur des bras ou le caractère saillant des os aux poignets et aux hanches), qu'il est maigre :

« En fait, elles se regardent constamment dans la glace et s'enorgueillissent de chaque kilogramme perdu et de chaque os qui ressort. »⁴⁸²

Il est vrai de dire que les anorexiques sous-estiment la maigreur de leur corps – par un effet d'habituation visuelle à l'amincissement –, mais il n'est pas vrai de dire qu'elles se voient « grosses » : cette dernière idée tient davantage au mythe de l'anorexie mentale qu'à sa réalité clinique. En revanche, le rapport au corps étant paranoïaque, les sujets anorexiques n'en sont pas moins prompts à s'imaginer que la moindre prise alimentaire crée un ballonnement, un

⁴⁷⁹ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit., p. 284.

⁴⁸⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 19.

⁴⁸¹ Hilde Bruch, quant à elle, parle d'un « entraînement à s'auto-illusionner », cf. *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 99.

⁴⁸² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 99.

œdème, etc. Ainsi Hilde Bruch rapporte-t-elle le cas de l'un de ses rares patients anorexiques masculins :

« Il prétend qu'il se voyait gonfler. »⁴⁸³

De même écrit-elle au sujet de toutes les anorexiques :

« [...] elles ont peur que le fait de manger puisse leur distendre l'estomac ou le faire ballonner ; elles ne peuvent se détendre que lorsqu'elles ont l'estomac complètement plat. »⁴⁸⁴

Ces sensations peuvent parfois être bien réelles, la dénutrition comme les vomissements liés aux crises de boulimie causant des gonflements, de la rétention d'eau et des dysfonctionnements métaboliques ; mais elles sont vécues exagérément. En somme, la moindre grosseur est surestimée, et la maigreur est sous-estimée, mais ces deux tendances n'empêchent pas le sujet anorexique d'être conscient de sa maigreur. Pourquoi alors conserve-t-il une image aussi *inquiète* de son corps ?

Nous l'écrivons⁴⁸⁵, « il faut garder à l'esprit que la démarche anorexique est rationnelle, méthodique et organisée – nous avons parlé d'une *stratégie* – : le but n'est pas de mourir, mais de persévérer dans un état d'extrême émaciation. Le dysmorphisme fait certes sous-estimer la maigreur atteinte, et cette dernière semble toujours perfectible, mais elle peut atteindre un

⁴⁸³ Ibid., p. 100.

⁴⁸⁴ Ibid., p. 106.

⁴⁸⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

niveau satisfaisant. Le problème n'en est pas moins entier. La possession de la maigreur anorexique est, par essence, contrastée par la peur de sa perte »⁴⁸⁶ :

« De toute manière quand je me regardais dans la glace, j'étais toujours trop grosse... Non, c'était pas ça, c'était plutôt : « Je suis pas assez mince » ... [...] C'était : « Je me trouve bien comme je suis mais j'ai pas envie d'être plus » ... J'ai envie de rester comme ça... Je me trouve bien, ou je me trouve limite-limite... Il me faut un peu moins... » [Mathilde, H]⁴⁸⁷

« Quand j'étais arrivée genre quarante-trois [kilos], je voulais pas spécialement maigrir, mais j'ai peur de grossir... Je veux pas spécialement maigrir, mais j'ai peur quoi. » [Sidonie, H]⁴⁸⁸

« Et puis après on veut avoir de la marge, de la marge, de la marge. » [Véronique, I]⁴⁸⁹

C'est « justement, nous l'écrivons, ce qui explique le caractère « indéfini » de la perte de poids. Perdre toujours plus, c'est se donner des sécurités relatives à une maigreur qui menace constitutivement de basculer dans son inverse »⁴⁹⁰ : « un signe pathognomonique de l'anorexie mentale est... la vigueur et l'entêtement avec lesquels une apparence souvent repoussante est défendue comme étant normale et bonne, pas trop mince, et comme étant *la seule sécurité*

⁴⁸⁶ Ibid.

⁴⁸⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 163.

⁴⁸⁸ Ibid., p. 164.

⁴⁸⁹ Ibid.

⁴⁹⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

possible face au sort redouté de devenir gros. »⁴⁹¹ Comme nous l'écrivons⁴⁹², « Marya Hornbacher explique ainsi le danger de boulimie comme envers⁴⁹³ terrifiant de l'anorexie :

« La boulimie me terrifiait. [...] À l'instant où vous plantez vos doigts au fond de votre gorge, vous savez qu'il y a un problème. Vous savez que vous avez perdu le contrôle. La première fois que vous mangez sans pouvoir vous arrêter, [...] que vous sentez votre visage se crispier dans une rage désespérée de nourriture, n'importe laquelle, *tout de suite*, vous savez qu'il y a un problème. [...] Et après coup, l'horrible, la nauséuse prise de conscience que vous êtes, en fait, aussi incontrôlable, dépendante, vorace que vous l'avez toujours secrètement suspecté. »⁴⁹⁴

Voilà ce dont la maigreur est le « masque », qui à ce titre n'inspire aucune confiance au sujet anorexique lui-même. Le jeûne est toujours vécu comme dissimulation honteuse d'une voracité coupable. La maigreur n'est jamais *état*, mais périlleux *rapport de forces* – être maigre, c'est *résister* aux pulsions de dévoration. Notons que biologiquement, l'amaigrissement, la dénutrition et les privations alimentaires sont autant d'éléments objectivement déclencheurs du

⁴⁹¹ Hilde Bruch, "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa", 1962, *Psychosomatic Medicine*, 24, p. 189: "what is pathognomic of anorexia nervosa is ... the vigor and stubbornness with which the often gruesome appearance is defended as normal and right, not too thin, and as the only possible security against the dreaded fate of becoming fat." Nous soulignons, nous traduisons.

⁴⁹² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁴⁹³ « [...] la boulimie est présentée comme l'envers de l'anorexie ou, plus spécifiquement, comme l'envers du travail anorexique de transformation où l'on sait « se dire 'non' », où l'on est forte et non pas faible. [...] dans la stigmatisation de la boulimie se profile celle d'un ethos qui ignore la retenue et le contrôle sur soi. », in Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 304.

⁴⁹⁴ "Bulimia scared the hell out of me. [...] The minute you stick your fingers down your throat, you know damn well something's wrong. You know you're out of control. The first time you ever eat without stopping, [...] feel your face tighten in desperation for food, any food, *now*, you know something's wrong. [...] And then, the horrible, nauseating realization that you are, in fact, as uncontrollable, as needy, as greedy, as you've always secretly suspected", In Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op. Cit.*, p. 224. Nous traduisons. Cité et traduit dans Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

binge eating disorder, c'est-à-dire des accès boulimiques – précédés par des *cravings* : des fringales incontrôlables⁴⁹⁵. La boulimie doit souvent son existence à la pratique même du jeûne. Ainsi l'anorexique a créé les conditions de possibilité d'une boulimie qui lui apparaît pourtant comme la traduction d'une nature profonde et condamnable⁴⁹⁶ »⁴⁹⁷ :

« Une de mes analysantes m'a dit récemment : 'Quand je me jette sur la nourriture, c'est comme si je cherchais à calmer une bête féroce à l'intérieur de moi.' »⁴⁹⁸

Il y a là, nous l'écrivons⁴⁹⁹, « un cercle vicieux que la thérapie, seule, démystifie, en mettant en évidence l'interdépendance de deux pratiques alimentaires – jeûne et boulimie – qui s'égalent dans la démesure. »⁵⁰⁰

b) La maigreur ne devient jamais une seconde nature

⁴⁹⁵ Sur le rapport entre restriction calorique, *cravings* et accès boulimiques, voir notamment : Moreno, Silvia et al. "Food Cravings Discriminate between Anorexia and Bulimia Nervosa. Implications for 'Success' versus 'Failure' in Dietary Restriction." *Appetite* 52.3 (2009): 588–594. Web.

⁴⁹⁶ Ainsi Hilde Bruch rapporte-t-elle au sujet d'une patiente anorexique : « Encore plus effrayante était sa peur constante de n'être 'pas humaine'. », In *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 25. Cette note n'apparaît pas dans notre article original : Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁴⁹⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁴⁹⁸ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, op.cit., pp. 511-527 : 27.

⁴⁹⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁰⁰ Ibid.

Il est intéressant de noter cependant que la diabolisation du « naturel » intervient de manière précoce dans le rapport au corps du sujet anorexique. On pourrait même dire que la propension à percevoir le comportement « naturel » ou biologique du corps comme mauvais intervient à titre de prédisposition au développement d'un TCA. C'est en ce sens que le travail anorexique relève d'un désir et d'une tentative de se faire une *seconde nature*. C'est-à-dire de se donner un deuxième corps mais également, à travers lui, une deuxième naissance, y compris sur le plan de l'habitus social :

« Les couples de contraires (« gros / maigre », [...], « laisser-aller / retenue et effort ») fonctionnent ensemble. Ce qui unifie *in fine* ces représentations-repoussoirs, c'est l'idée du corps « gros » comme corps subi, abominablement naturel, là où le corps maigre incarne l'ethos du travail et de la construction volontariste de soi, comme culture du corps supérieure à sa nature. »⁵⁰¹

En effet, apparaît dans les témoignages des enquêtées de Muriel Darmon l'idée de dresser le naturel, de remédier à l'anomie du naturel, en trouvant un *modus vivendi*, un nouveau « régime de vie »⁵⁰², et pas seulement un régime alimentaire. Ce régime de vie doit permettre l'adoption de nouvelles normes d'existence, une élévation, et une régulation du naturel dans ce qu'il a d'erratique ou de chaotique :

« [...] c'est bien en effet un « réglage » de la vie que permet cette rationalisation des pratiques. Un réglage volontariste, minuté et constant, où la comptabilisation et la mesure dominent. »⁵⁰³

⁵⁰¹ Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. Cit.*, p. 288.

⁵⁰² « [...] le terme de « régime » peut sembler pertinent si on ne l'emploie pas comme désignant un « régime alimentaire » mais bien un « régime de vie ». », Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op.cit.*, p. 166.

⁵⁰³ Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op.cit.*, p. 150.

Le principal ressort des modifications est la force de l'habitude. Ainsi, comme l'écrit Muriel Darmon, « le travail de maintien de l'engagement est donc un travail sur le temps où il s'agit de « compter » sur le temps et d'organiser ses effets sur la personne. »⁵⁰⁴

« Tu te rends compte que tu peux t'habituer à manger ce que tu veux... [...] Moi j'aimais bien les sucreries, j'arrivais à me convaincre que ça me dégoûtait [...]. J'arrivais à me dire : « Bon, c'est pas possible, t'en manges plus, ça te dégoûte, ça va te rendre malade. » Y a peut-être un plaisir à se dire qu'on peut finalement s'habituer à tout. » [Annabelle, I]⁵⁰⁵

On remarque dans ce propos d'une enquêtée le rapport de toute-puissance narcissique que nous avons déjà évoqué plusieurs fois : il y a une jouissance, une satisfaction, dans le fait de constater que le corps peut entièrement *obéir* à la volonté du sujet. Les tendances biologiques, métaboliques, du corps, doivent pouvoir être *choisies*.

Il y a donc l'idée d'une *dénaturation* ou d'un infléchissement radical des inclinations naturelles en vue de l'acquisition d'un ensemble de dispositions permettant une « optimisation » de soi – le sujet se conçoit comme perfectible jusque dans la constitution biologique et le métabolisme qui lui sont donnés :

« [Les anorexiques] luttent avec force pour modifier, nier et tromper le témoignage de leurs sens. »⁵⁰⁶

⁵⁰⁴ Ibid., p. 167.

⁵⁰⁵ Ibid., p. 151.

⁵⁰⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 95.

Cette acquisition « volontariste » doit idéalement devenir une seconde nature. Il faut que l'auto-contrainte s'estompe progressivement pour devenir une attitude instinctive, un comportement ne requérant plus d'effort conscient de la volonté :

« La mise en place volontariste d'un « régime de vie » à partir d'un travail spécifique de maintien de l'engagement [doit] transformer durablement les habitudes, voire se traduire par l'incorporation de dispositions. »⁵⁰⁷

Muriel Darmon cite ainsi plusieurs enquêtées :

« Disons que je me suis jamais rendu compte que je me contrôlais, parce qu'en fait... je ne faisais que ça ! Pour moi [...] *mon naturel était mon contrôle* [...]. » [Camille, C]⁵⁰⁸

« Donc c'était vraiment devenu... Mais ça, je m'en suis presque pas rendu compte... *C'était presque devenu naturel*. » [Christine, C]⁵⁰⁹

« Ça m'a fascinée de perdre du poids aussi facilement... et de voir que je pouvais maîtriser ce que je mangeais. » [Christine, C]⁵¹⁰

L'anorexique veut *biologiser* l'ensemble des dispositions qu'elle intériorise, et leur donner l'allure de comportements innés. Or on peut remarquer que l'anorexique ne s'en tient pas à ce

⁵⁰⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op.cit., p. 165.

⁵⁰⁸ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op.cit., p. 168.

⁵⁰⁹ Ibid.

⁵¹⁰ Ibid., p. 141.

désir de « naturaliser » sa condition – sa maigreur –, et que son attitude à cet égard est ambivalente :

- D'une part, le sujet anorexique veut exalter sa capacité à se « refuser des choses », à se faire violence, à être « au-dessus de ses désirs ». Ce faisant il met l'accent sur *l'effort* qu'il accomplit : la maigreur est le signe d'une discipline dont les autres n'ont pas le courage, mais qui leur est en droit accessible ;

- D'autre part, le sujet anorexique veut *dissimuler* l'aspect laborieux de sa condition : il s'agit de présenter la maigreur comme le signe d'une distinction naturelle, innée, et qui n'est pas le résultat d'une résistance opposée à des désirs corporels. Ces derniers sont en effet honteux, et le fait de parvenir à les combattre n'annulerait pas la honte qu'il y aurait à les éprouver en premier lieu. Dans cette perspective, l'anorexique veut renvoyer d'elle l'image d'un *genre* de personne différent, comme nous le soulignons plus haut avec Marya Hornbacher : une personne naturellement noble, modérée voire ascétique, qui se consacre davantage au travail (et à l'art) qu'aux plaisirs charnels⁵¹¹. Ou bien encore elle peut chercher, dans la même optique quoique sans réprouver le désir de nourriture qu'elle a en commun avec les autres, à renvoyer l'image d'une personne naturellement maigre, et qui n'aurait pas pour cela à modifier sa nature initiale (imparfaite) : « J'essayais toujours de manger normalement, de [montrer] que je mangeais normalement [...]. Parce que je voulais [montrer] que j'étais mince en mangeant [...]. Je voulais envoyer cette image : j'étais mince mais je mangeais normalement [...] ... Mais j'étais pas mince parce que je mangeais pas. »⁵¹². L'idée ici est de dissimuler l'aspect laborieux de la maigreur, en présupposant qu'une qualité innée est intrinsèquement plus valable qu'une qualité péniblement acquise (car cette dernière

⁵¹¹ « Je voulais être une anorexique. J'avais pour objectif d'être un autre genre de personne, une personne dont les passions étaient ascétiques plutôt qu'hédonistiques, une personne qui réussirait, dont l'énergie et l'ambition étaient concentrées, pures, dont le corps passait toujours après l'esprit et 'l'art'. », Marya Hornbacher, *Wasted*, *op. cit.*, p. 107. Nous traduisons.

⁵¹² Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. Cit.*, p. 291.

peut toujours être soupçonnée d'avoir été usurpée).

Il y a donc un double discours de soi chez l'anorexique : la conscience d'être apte à une discipline peu commune, qui donne un ascendant sur les autres qui se « laissent aller » (mais cette discipline de fer, exhibée fièrement, suggère une communauté de désirs avec les autres individus, voire des désirs particulièrement forts et honteux), et la volonté de *naturaliser* aux yeux d'autrui un ensemble d'attitudes qui procèdent précisément d'une *dénaturation* du comportement initial, afin de suggérer une « élégance » inhérente à l'être, innée, et non durement acquise.

Muriel Darmon souligne en ce sens combien le changement de comportement alimentaire participe d'une « prise en main » plus ample par laquelle les sujets anorexiques accèdent aux *habitus* des classes sociales supérieures. Par la culture de la maigreur et l'accession à cette dernière, les sujets anorexiques disent avoir « changé » et affiné leurs goûts et leurs manières.

C'est la contradiction qui se trouve au cœur des mécanismes de classe nobiliaires, tels qu'ils sont analysés par Éric Mension-Rigau dans sa thèse d'histoire (EHESS, 1993) : « La naissance et les valeurs. L'éducation et la transmission des valeurs familiales dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie de la Belle Epoque à nos jours » :

« Le psychanalyste L. Deumié, étudiant le fantasme nobiliaire, montre à juste titre comment l'aristocratie révèle son identité à travers deux attitudes en apparence contradictoires, une « tendance à la constitution d'un groupe fermé » qui se protège de toute hétérogénéité et, à l'opposé, « la dénégaration, devant tout sujet étranger au groupe, d'une spécificité fantasmatiquement entretenue ». La politesse aristocratique qui enveloppe l'intransigeance de sourires et enrobe la fermeté de cordialité et de souplesse a probablement son origine dans cet antagonisme constant entre le même et l'autre : l'aristocrate d'une part se présente comme étant de même chair et de même nature que les autres tout en se distinguant par son mode et ses manières de vivre, d'autre part il se croit ontologiquement différent

tout en jouant la simplicité et le naturel. Assumer cette contradiction est pour lui, comme pour tout groupe minoritaire, la condition indispensable pour continuer d'exister. »⁵¹³

D'une part, l'aristocrate se présente comme étant « de même chair » mais distingué par une éthique de l'effort, une culture de l'esprit et du corps, un ensemble de manières de vivre (donc de dispositions socialement acquises et obéissant à des normes et codifications complexes) ; d'autre part, il se « croit ontologiquement différent » et pourra interpréter ses propres comportements en termes de « nature » ou « d'instinct » – touchant le goût, par excellence.

L'anorexique se situerait dans une ambiguïté analogue concernant sa complexion et sa maigreur : consciente des efforts considérables qu'elle doit sans cesse réitérer pour maintenir son identité anorexique, elle chercherait néanmoins à concevoir cette dernière comme étant sa véritable « nature » :

« [...] l'idée d'une « essence » aristocratique [renvoie] aux fantasmes sociaux du groupe et prône l'existence d'une « race » noble. Cette élaboration du concept de « race » a pour corollaire la substitution du principe biologique à la notion d'acquisition par l'éducation. Là réside la contradiction fondamentale du discours des enquêtés. Alors qu'ils confondent, dans leurs propos, leur identité avec une tendance *innée* et un privilège du sang et expriment des préjugés biologiques teintés de racisme, ils ne cessent de démontrer, par la description dans ses détails de l'éducation qu'ils ont reçue et qu'ils ont donnée à leurs enfants, que rien n'est spontané ni naturel. La *bonne éducation* apparaît à l'évidence comme quelque chose de puissamment construit, comme le résultat d'un travail laborieux [...]. »⁵¹⁴

⁵¹³ Eric Mension-Rigau, *Aristocrates et grands bourgeois*, Chapitre 5 : « Le savoir-vivre », Paris, Editions Plon, 2007 [1994], p. 343.

⁵¹⁴ Ibid., pp. 528-529.

Le problème qui se surajoute à cette contradiction, nous l'avons vu avec l'analyse du travail aliéné, est que la maigreur ne peut précisément jamais devenir une *nature* :

« Le développement de l'état anorexique n'est pas un processus qui intervient de façon soudaine et automatique ; il exige à chaque instant une attention active et vigilante de la part de sa victime. Ce n'est pas simplement une habitude que [les anorexiques] ne peuvent briser ; son maintien nécessite des souffrances et un effort pénible permanent. »⁵¹⁵

Aussi les lois biologiques reprennent-elles tôt ou tard leurs droits.

c) Un constat d'échec

Nos analyses précédentes nous ont permis de voir que l'anorexie mentale fonctionnait comme un substitut illusoire du travail. Ce-dernier est idéalement conçu, dans une perspective hégélienne et marxienne, comme l'effort soutenu par lequel un sujet parvient à extérioriser les déterminations de sa conscience, ou intériorité subjective, en produisant à partir d'une matière donnée un objet doué de qualités expressives. Cet effort se caractérise structurellement par un risque d'échec qui ne peut jamais devenir inexistant, et qui, loin de le décourager, doit jouer pour lui un rôle moteur. C'est parce que le réel oppose une *résistance* à mon effort, à mon savoir-faire, à mon habileté technique, à la résolution d'un problème ou à l'aboutissement d'une recherche, que je suis normalement stimulé et persévère jusqu'à obtenir un résultat satisfaisant, parfois même par sérendipité. Ce qui est consubstantiel au travail, en suivant les analyses de

⁵¹⁵ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 95.

Christophe Dejours, c'est la précarité et la frustration auxquelles cette activité confronte le sujet et la part irréductible d'indétermination qui se joue – dans le processus de production – quant aux moyens et à la durée nécessaires pour obtenir, au moins provisoirement, un *objet* conforme à l'ambition initiale. Ainsi un travail qui consisterait en la pure répétition d'une tâche dont l'effectuation et la clôture sont entièrement prévisibles ne serait pas à proprement parler un travail, mais plutôt un mécanisme dans lequel la conscience du travailleur s'évanouirait. Le travail que le sujet anorexique redoute est le travail au sens authentique du terme : celui dont l'issue et le déroulement ne sont jamais pleinement assurés, et qui remet constamment le travailleur face à ses lacunes ou en tout cas sa perfectibilité. Le sujet est toujours incomplet face au travail, dans la mesure où ce dernier ne saurait se borner à l'application d'un savoir-faire *fini* à une série donnée – et parfaitement régulière – de problèmes.

Or le sujet anorexique est, comme nous l'avons vu avec Hilde Bruch, hanté par la conviction profonde de sa propre inefficacité, c'est-à-dire par le sentiment qu'il a de ne pas pouvoir produire des changements dans sa vie de manière autonome. De plus, il vit l'indétermination de sa propre identité de manière anxieuse. Ainsi, on pourrait dire que le travail met en jeu ses deux angoisses principales : (a) le fait de ne pas être un sujet aux contours « finis », identifiables – le travailleur est toujours perfectible et devient *autre* dans le processus de production à travers les aptitudes qu'il acquiert –, et (b) celui de n'être pas sûr de l'incidence d'une action engagée – le travailleur peut échouer à mener à bien une recherche ou une opération. C'est pourquoi nous pensons que la stratégie anorexique tente de s'y substituer avantageusement, et néanmoins sans succès à long terme.

Nous trouvons à cette thèse une résonance dans les témoignages que rapporte Hilde Bruch de ses patientes anorexiques, notamment celui de Lucy qui était sujette à une forme modérée de mythomanie :

« Il faut que je vous dise [...], je ne me souviens pas du jour où j'ai commencé à raconter des histoires, mais j'ai commencé très tôt. Je pensais que je n'étais pas assez bien. Je trouvais que je devais être mieux

que cela... Il fallait me faire apparaître meilleure aux yeux d'autrui. Et pour cela, il y a deux façons. Soit on est obligé de se mentir pour avoir l'air meilleure, *soit il faut faire de vrais efforts dans le monde réel*. Maintenant, je regrette de ne pas avoir fait plus d'efforts et plus souvent. Je pense que cela aurait été beaucoup plus sain. »⁵¹⁶

La patiente Lucy, qui évoque ici sa propension à mentir pour présenter sa personne et son existence sous un jour plus favorable – « elle admettait ensuite volontiers ses mensonges en disant qu'il était beaucoup trop dérangeant de dire la vérité tout de suite »⁵¹⁷ –, semble dessiner dans son propos une alternative : mentir ou « faire de vrais efforts dans le monde réel »⁵¹⁸. Or l'anorexie mentale est associée par elle à un « mensonge », ou, comme nous l'écrivons⁵¹⁹, à « une sorte de fable dans laquelle un sujet se persuade qu'il est « digne d'intérêt parce [qu'il maigrit] »⁵²⁰, tout en ayant sourdement conscience de l'absurdité d'un tel subterfuge. »⁵²¹ Et conjointement, est opposé à cette stratégie, dont l'efficacité est toute relative, le fait de produire de réels effets dans le monde extérieur par la voie du travail, « d'efforts » concrets. Ainsi, nous voyons que la patiente de Hilde Bruch est capable d'identifier correctement une dimension structurante de sa personnalité : le désir de paraître autre, de devenir meilleure qu'elle ne pense l'être, l'insatisfaction liée à l'état présent ; elle est également consciente du fait que ce trait de personnalité peut faire l'objet d'une réponse pathologique et d'une réponse « plus saine ». La réponse pathologique consiste à faire l'économie du travail pour se donner immédiatement, et sans véritable effort, une apparence plus flatteuse au moyen d'un mensonge – en l'occurrence, celui de la maigreur comme équivalent d'un surcroît de valeur. La réponse saine consiste à faire des efforts plus consistants, c'est-à-dire à s'engager dans un travail extérieur à soi, contraignant

⁵¹⁶ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 100. Nous soulignons. Partiellement cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁵¹⁷ Ibid., p. 97.

⁵¹⁸ Ibid., p. 100.

⁵¹⁹ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁵²⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 100.

⁵²¹ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

et exigeant, mais dont le résultat sera réel et durable, et non une illusion devant être entretenue sans relâche. Ainsi une autre patiente de Hilde Bruch peut-elle dire :

« Je pense que si j'avais le sentiment d'avoir accompli quelque chose, je m'aimerais mieux. Je vois bien que s'accrocher à la minceur n'a pas de sens. Où cela m'a-t-il menée ? [...] Maintenant, je veux être stimulée et m'intéresser à quelque chose. »⁵²²

Comme nous l'écrivons dans notre article précité⁵²³, « on voit ici aussi nettement que la quête effrénée de minceur est opposée au fait d'accomplir [quelque chose de réel], dont le sujet puisse être [fier et] satisfait. De même, la patiente aspire à se projeter dans le monde extérieur [– « m'intéresser à quelque chose »⁵²⁴, –] au lieu d'être repliée sur le corps et la nourriture comme seuls objets de préoccupation : « auparavant, il me suffisait de penser au repas suivant et de rêver à la nourriture que j'avais demandée »⁵²⁵. Il ne s'agit pas pour nous de dire que l'obtention de la maigreur ne requiert pas d'intenses et pénibles efforts : ils sont paradoxalement bien plus extrêmes que ceux qu'engage un travail conventionnel. Mais il s'agit de décrire, avec les patientes, des efforts qui sont perçus comme vains et faux – et qui n'ont pour aboutissement que de truquer imparfaitement et rapidement la réalité. »⁵²⁶ La maigreur donne au sujet anorexique le sentiment de pouvoir acquérir une gratification à court terme, et ce sans en passer par l'angoisse liée au travail réel et à l'indétermination qui le caractérise. Mais à l'issue de quelques années de maladie, le sujet s'aperçoit que cette démarche ne l'a conduit nulle part, et que la maigreur sur laquelle il comptait est en réalité décevante et frustrante : elle ne le

⁵²² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 121. Cité dans : Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁵²³ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

⁵²⁴ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 121.

⁵²⁵ Ibid.

⁵²⁶ Margaux Merand et Maël Lemoine, « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021.

« stimule » pas ni ne lui permet de s'exprimer authentiquement dans le monde extérieur et d'être reconnu comme un sujet autonome et indépendant. Nous l'écrivons, « la maigreur est ainsi une fausse promesse »⁵²⁷ qui ne peut jamais supplanter le rôle du travail dans l'accomplissement du sujet et sa quête de validation intersubjective.

⁵²⁷ Ibid.

Chapitre 5 : Vers la rémission. Le rapport normal au corps

I – La résurgence du biologique comme facteur d’une prise de conscience

a) Narration subjective omnipotente et effraction biologique

Ainsi que nous l'écrivons dans notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même »⁵²⁸, il « faut souligner à quel point la narration interne de l'anorexique tend à *nier* toutes les explications d'ordre biologique quant à l'évolution même du TCA. Ce n'est pas surprenant si on se rappelle la distinction, empruntée à Dorothée Legrand, des dimensions *subjective* et *organique* de la conscience de soi corporelle, le sujet anorexique tendant à reconduire entièrement la biologie dans l'ordre – qu'il souhaite hégémonique – de la subjectivité. La personne anorexique pense, jusqu'au bout, que les accès boulimiques sont des instants de faiblesse qu'elle peut et doit contrôler. Elle se figure que la boulimie est l'expression d'une force ou disposition endogène première – et non pas générée *dans et par* l'expérience addictive »⁵²⁹.

Nous l'écrivons, il est « intéressant de noter que l'anorexie mentale se caractérise par l'immense difficulté du sujet à départager ce qui est *inhérent* à son être – du moins indépendant du TCA et qui lui préexiste ou se développe à l'extérieur de lui –, et ce qui est *dérivé* du trouble addictif – devenu partiellement autonome et impersonnel. Comme pour toute addiction qui s'étend sur plusieurs années, l'anorexie mentale est si étroitement liée au développement de la personnalité – surtout quand elle débute à l'adolescence – qu'elle en devient apparemment

⁵²⁸ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁵²⁹ Ibid. Voir à ce sujet C. Garrett, *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998; ainsi que P. Goldie, « Emotions, feelings and intentionality », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1, 2002.

constitutive »⁵³⁰. Ainsi que l'écrit Hilde Bruch, « [...] si la privation de nourriture se poursuit pendant de nombreuses années, les effets psychiques sont intégrés dans la personnalité [...]. »⁵³¹

Nous l'écrivons, « dans la thérapie de groupe, c'est [néanmoins] la confrontation aux témoignages d'autres sujets qui met en évidence la part *commune* de l'expérience, pouvant dès lors être distanciée »⁵³². Hilde Bruch écrit en ce sens : « la plupart [des patientes] sont surprises »⁵³³ de constater que « des idées et des sentiments qu'elles considèrent comme leurs secrets personnels aient été exprimés par d'autres, parfois exactement de la même manière »⁵³⁴ :

« [...] chez tous les individus, la faim exerce une influence et provoque des réactions d'une incroyable similitude. Au cours de la guérison les caractéristiques personnelles réapparaissent peu à peu. »⁵³⁵

Des changements se produisent en effet dans la personnalité du fait de l'état de cachexie :

« Un changement sensible se manifesta aussi dans son caractère et son comportement. Auparavant, elle était agréable, obéissante et prévenante. Elle devint de plus en plus exigeante, butée, irritable et arrogante. Les discussions étaient permanentes à propos non seulement de ce qu'elle devrait manger mais également de toutes ses autres activités. »⁵³⁶

⁵³⁰ Ibid.

⁵³¹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 34.

⁵³² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵³³ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 155.

⁵³⁴ Ibid., p. 155.

⁵³⁵ Ibid., p. 10.

⁵³⁶ Ibid., p. 14.

À un niveau psychophysiologique plus général, Bruch remarque que :

« [...] la privation de nourriture a un effet de désorganisation sur le fonctionnement général et sur les réactions psychologiques. La malnutrition chronique s'accompagne de modifications biochimiques qui, bien qu'insuffisamment étudiées jusqu'ici, influencent de manière très importante la réflexion, les sensations et le comportement. »⁵³⁷

Comme nous l'écrivons, « la dimension biologique du corps est, dans le vécu du TCA, complètement occultée, et tout est interprété dans le registre narcissique de la subjectivité »⁵³⁸, comme si cette dernière n'était susceptible d'aucun changement qui puisse être la conséquence *pâtie* d'une dénutrition prolongée.

b) Automutilation et auto-empathie

C'est pourquoi, nous l'écrivons, « un moteur récurrent du désir de rémission est justement *un dommage physique* objectivement constaté. L'anorexique sort finalement de son récit subjectif quand le corps se met à dysfonctionner gravement, ou qu'une lésion apparaît extérieurement. Ces manifestations sont variées : une rosacée [Mia Findlay], des tests cliniques révélant la présence d'un lupus (Portia de Rossi), du sang lors des vomissements auto-induits, la peur d'une rupture gastrique dont les signes précurseurs deviennent tangibles, un gonflement

⁵³⁷ Ibid., p. 16.

⁵³⁸ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

permanent des glandes salivaires qui déforme le visage de manière inquiétante, etc. »⁵³⁹ Hilde Bruch note en ce sens que les vomissements quotidiens, même s'ils ne sont pas associés à un poids spectaculairement bas, sont tout aussi redoutables que les états de sévère inanition par jeûne ou anorexie purement restrictive :

« Un amaigrissement important peut ne pas être la seule cause de danger grave pour la vie ; celui-ci peut aussi venir de troubles sérieux de l'équilibre hydro-électrique, notamment chez les malades qui vomissent et qui utilisent des laxatifs et des diurétiques pour maintenir leur poids à son niveau le plus bas. [...] Dans les états chroniques, il est souvent nécessaire de prendre des mesures héroïques pour redresser l'équilibre hydro-électrique par des perfusions intraveineuses. »⁵⁴⁰

Nous l'écrivons, ces « dommages, dont le sujet anorexique redoute l'irréversibilité, sont décisifs. Ils créent une situation de *crise* : s'ils n'arrêtent pas le sujet anorexique, qu'est-ce donc qui pourra l'arrêter ? C'est souvent dans ces termes que les anorexiques rapportent les délibérations ayant précédé la décision de guérison »⁵⁴¹.

Ainsi, nous poursuivons, « le registre biologique réémerge et *humilie* littéralement un sujet ayant cru implicitement, jusque-là, à sa toute-puissance. C'est un registre aussi [choquant] que salutaire. La boulimie, par ses comportements plus ostensiblement ravageurs (vomissements, abus de laxatifs) que ne l'est la pratique du jeûne dans l'anorexie restrictive, entraîne rapidement le sujet dans une *extériorité à soi* plus profonde et douloureuse que toute autre. En constatant des altérations physiques importantes, la personne anorexique se sent exilée de son propre corps – « infirme et défigurée, expulsée de la demeure de son propre corps »⁵⁴². Cette fois l'extériorité à soi n'est plus apaisante (au sens où elle exonérerait de la fatigue d'être soi) ;

⁵³⁹ Ibid.

⁵⁴⁰ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 120.

⁵⁴¹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁴² Philip Roth à propos de son personnage Amy Bellette dans *Exit le fantôme* [*Exit Ghost*, 2007], Paris, Gallimard, 2009, trad. Marie-Claire Pasquier, p. 153.

elle suscite au contraire de l'horreur devant une automutilation⁵⁴³ incontrôlée, et le désir de retrouver une intégrité physique »⁵⁴⁴ :

« Toutes les malades avec lesquelles j'ai travaillé et qui sont arrivées au stade où elles reconnaissent l'intérêt d'avoir une taille normale, toutes celles qui ont admis que leur problème doit être résolu de façon réaliste, et non par la privation de nourriture et la maigreur excessive, parlent avec *horreur et angoisse* des souffrances engendrées par la privation [et les vomissements]. On ne peut considérer qu'une malade anorexique n'encourt plus le danger d'une rechute tant qu'elle n'a pas honnêtement parlé de la *terreur* de la privation et de l'impossibilité de recommencer. »⁵⁴⁵

Ces propos de Hilde Bruch valent selon nous autant pour la restriction et la privation que les comportements boulimiques et vomitifs. L'horreur ressentie est la même face à ces différentes formes de maltraitance vis-à-vis de soi-même et de son corps. Notons que le cerveau, comme nous l'écrivons, « est compris dans le démantèlement organique du sujet »⁵⁴⁶, comme son point culminant :

« La famine finit par frapper le cerveau. D'abord, elle mange tout ton gras. Ensuite, elle mange tes muscles. Ensuite, elle mange tes organes internes, dont le cerveau fait partie. »⁵⁴⁷

⁵⁴³ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 11 : « [...] c'est une maladie dangereuse qui non seulement affecte la santé immédiate de ces malheureuses jeunes filles, mais peut aussi les mutiler pour le reste de leur vie ».

⁵⁴⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁴⁵ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 32. Nous soulignons.

⁵⁴⁶ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit. Note 46 de l'article.

⁵⁴⁷ Marya Hornbacher, *Wasted*, op. cit., p. 257. Nous traduisons. Cité et traduit dans Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

L'anorexie n'est ainsi pas seulement « un substitut inefficace à ce que seule l'activité de production permet d'accomplir ; elle est aussi la destruction de *cela même* qui permet de travailler »⁵⁴⁸. Une ex-patiente pouvait en ce sens dire d'une amie qu'elle voyait sombrer dans l'anorexie : « Je la vois qui reste des heures sur ses devoirs. Je sais qu'elle ne peut se concentrer, quel que soit son effort, elle pense continuellement à manger, et c'est pourquoi il lui faut des heures pour faire son travail. J'y suis passée moi-même. »⁵⁴⁹

Enfin, comme nous l'écrivons, « le registre biologique [est] privilégié dans l'évitement des rechutes. Il est le seul qui permette au sujet de réaliser que la violence qu'il s'inflige n'est pas hallucinée »⁵⁵⁰ :

« Tous les jours, je dois me rappeler [...] qu'après le soulagement, vient une mort grotesque. J'imagine mon mari me trouvant dans cet état – gisant dans une piscine de sang et de vomi, morte de rupture gastrique ou d'arrêt cardiaque ou des deux – et je retourne à mon fauteuil. *Ça* c'est du contrôle pour moi, aussi triste que ça puisse paraître. [...] il y a quelques années, je n'aurais pas été capable de faire ce choix quotidien. »⁵⁵¹

La prise en compte de la dimension biologique de son corps pousse le sujet anorexique à un changement massif de paradigme, qui le sort de son état constant de déréalisation et de dépersonnalisation – état dont nous avons dit, non seulement qu'il prédisposait au trouble mais qu'il en demeurerait également constitutif sous une forme aggravée. Le sujet ressent à présent de l'empathie pour lui-même.

⁵⁴⁸ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.* Note 46 de l'article.

⁵⁴⁹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 27.

⁵⁵⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁵⁵¹ Marya Hornbacher, *Wasted*, *Op. Cit.*, p. 121. Nous traduisons. Cité et traduit dans Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*, note 47 de l'article.

Les patientes développent souvent la même image pour évoquer le rapport à elles-mêmes qui se noue à cet instant décisif. Parce qu'elles sont capables de s'émouvoir de la cruauté du sort qu'elles s'infligent, elles se sentent devenir une « mère » pour elles-mêmes, comme si elles avaient eu jusque-là une figure maternelle interne défaillante et qu'elles étaient désormais capables de se prodiguer des soins. Elles ne sont ainsi pas rares à évoquer une longue période de convalescence où elles deviennent responsables d'elles-mêmes comme d'enfants :

« Du calme, petite fille. Je me suis habituée à me parler comme à un cheval. Du calme. »⁵⁵²

L'auto-empathie, ressentie pour la première fois devant les comportements maltraitants et la réalité des mutilations qui en résultent, l'auto-empathie devant la détérioration *effective* et *absurde* du corps, est la première émotion allant en sens contraire de l'alexithymie et du prisme dépersonnalisant. Le sujet anorexique prend subitement conscience qu'il y a bien une existence *inscrite dans le temps* qu'il endommage inutilement, et qui est la sienne. Rétrospectivement,

« [...] [l'ex-anorexique] éprouvait de la difficulté à décrire ce qui s'était passé. Elle se souvenait très clairement que son sens du temps et de la réalité semblait avoir disparu »⁵⁵³.

La rémission se signale ainsi d'abord par une sortie de l'état de dépersonnalisation, dont le dysfonctionnement ou la lésion biologique est un élément déclencheur par excellence. Le sujet anorexique entre à nouveau dans un processus *temporel* où il réalise que ce corps est le sien et par suite cette vie la sienne également. Il semble se tenir ce discours : « s'il est dégradé, alors

⁵⁵² Ibid., p. 288: « Steady, girl. I have gotten used to speaking to myself as if I were a horse. Steady. »
Nous traduisons.

⁵⁵³ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 26.

mon corps existe – il n'est pas imputrescible ni chimérique, de bronze ou éternel – ; s'il existe, alors il m'appartient et moi-même suis bien réelle ». Le symptôme anorexique et boulimique ne peut durer que pour autant que le sujet persiste à penser que le corps est invulnérable et que les comportements destructeurs ne l'atteignent pas : c'est la dépersonnalisation et l'état constant de dissociation qui conditionnent la possibilité et la pérennité de l'auto-maltraitance. En voyant son corps abîmé, le sujet anorexique a une pensée comparable à celle qui traverse l'esprit de Freud alors qu'il se tient devant l'Acropole pour la première fois :

« L'après-midi de notre arrivée, quand je me trouvai sur l'Acropole et que j'embrassai le paysage du regard, il me vint subitement cette étrange idée : Ainsi tout cela existe *réellement* comme nous l'avons appris à l'école ! »⁵⁵⁴

Freud, auquel ce voyage aurait semblé impossible, du fait de « l'étroitesse et [de] la pauvreté de [ses] conditions de vie dans [sa] jeunesse »⁵⁵⁵, se fait l'effet « d'un héros ayant accompli d'incroyables prouesses »⁵⁵⁶ en réalisant, à l'âge adulte, un voyage à Athènes avec son frère. Aussi précise-t-il :

« Il n'est pas vrai que pendant mes années de lycée j'aie jamais douté de l'existence réelle d'Athènes. Je doutais seulement de voir jamais Athènes de mes propres yeux. Aller si loin, 'faire si bien mon chemin' me paraissait hors de toute possibilité. »⁵⁵⁷

554 Sigmund Freud, « Un trouble de mémoire sur l'Acropole », M. Robert (trad.), in *Résultats, idées, problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1985, p. 220-30. Cité par Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*, p. 519. Nous soulignons.

⁵⁵⁵ Ibid. (ce passage n'est pas cité dans l'article, mentionné à la note 517, de Dorothée Legrand).

⁵⁵⁶ Ibid. (ce passage n'est pas cité dans l'article susmentionné).

⁵⁵⁷ Ibid. (ce passage n'est pas cité dans l'article susmentionné).

Freud n'est pas incrédule à l'idée que l'Acropole existe, mais à l'idée qu'*il existe*, et qu'il est l'homme « qui a si bien fait son chemin » – en l'occurrence, celui qui est allé « plus loin que le père ». C'est comparablement sa propre existence qui apparaît aux yeux de l'anorexique à travers l'image de son corps blessé ; elle sort d'un état trouble et latent de *doute* prolongé au sujet de sa propre réalité. C'est ainsi une sorte de vertige ontologique qui caractérise le début de la rémission.

C'est à cette condition que le sujet anorexique peut, au cours de la rémission, apprendre à « vivre sa propre vie »⁵⁵⁸. Nous retrouvons ici le thème de l'autonomie, enjeu central de la guérison.

II – La thérapie est un apprentissage : esquisse d'un rapport « normal » au corps

a) Normalité sociale externe et norme corporelle immanente

⁵⁵⁸ Ibid., p. 51.

« La faim a un effet semblable à celui d'une drogue, et vous vous sentez extérieur à votre corps. »

(Une patiente anorexique⁵⁵⁹)

Que pouvons-nous à présent inférer de nos analyses précédentes de la nature de la rémission d'un TCA ? Celle-ci ne nous semble pas relever, comme nous l'écrivons, « d'une capacité du sujet à redevenir celui qu'il était avant l'expérience du TCA, ni à se conformer à la normalité telle qu'elle est socialement définie. Dans le cas de l'anorexie mentale, cela est d'autant plus saillant que les désordres alimentaires, aux marges des psychopathologies proprement dites, sont presque devenus la norme chez les femmes »⁵⁶⁰. Mentionnons également les cas d'anorexie mentale « sub-syndromiques »⁵⁶¹ :

« Les formes sub-syndromiques [concerneraient] environ 5% des jeunes femmes (Kaplan et Sadock). Il s'agit de sujets présentant des symptômes de la lignée de l'anorexie mentale sans pour autant qu'ils ne répondent à l'ensemble des critères. »⁵⁶²

⁵⁵⁹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 31.

⁵⁶⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁶¹ Amandine Turcq dans *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*, op. cit., p. 40.

⁵⁶² Ibid.

Il existe en effet des formes modérées ou partielles d'anorexie mentale, qui en sont des versions plus ou moins contrôlées. Elles se traduisent généralement par des comportements restrictifs et une importance accordée à la maigreur ou à la minceur, sans que la pensée alimentaire ne devienne obsessionnelle et invasive pour autant, et avec une régulation ou réversibilité spontanée des symptômes. Ces formes « mineures »⁵⁶³

« ne sont que l'esquisse du syndrome d'anorexie mentale. [...] on retrouve, outre la recherche active de la minceur, l'hyperactivité, les tendances à l'isolement malgré l'avidité relationnelle, et une aménorrhée qui peut ne durer que quelques mois. Dans ces formes, dites infracliniques, une expérience nouvelle, une séparation ou une mutation dans les relations intra ou extrafamiliales semble suffire à donner issue à de nouveaux modes d'aménagement [...]. »⁵⁶⁴

Nous l'écrivons⁵⁶⁵, outre ces formes mineures ou sub-syndromiques d'anorexie mentale, et « comme en témoignent de nombreuses anorexiques⁵⁶⁶, le thème des régimes, des calories, l'orthorexie soit l'obsession du poids prenant la forme de celle de la santé, la fitness, etc., sont des thèmes omniprésents dans les discussions féminines, et peuvent être très troublants pour qui a connu leur visage pathologique et addictif »⁵⁶⁷. Muriel Darmon, dans son étude sociologique, évoque ainsi les différents incitateurs à la perte de poids et au régime, parmi lesquels, à côté de la mère (« gardien diététique sur l'ensemble de la famille », mais plus particulièrement avec les filles⁵⁶⁸) ou du petit ami, figurent les « copines », les femmes de l'entourage :

⁵⁶³ Bernard Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, op. cit., p. 36.

⁵⁶⁴ Ibid., pp. 36-37.

⁵⁶⁵ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁶⁶ Sur le thème de l'obsession du poids chez les femmes, et son aspect nocif pendant la rémission, voir Marya Hornbacher, *Wasted*, Op. Cit., p. 282. Nous renvoyons au même passage à la note 48 de notre article, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁶⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », op. cit.

⁵⁶⁸ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit., II, 4 : « Commencer : s'engager dans une prise en main », p. 116 : il y a une « variabilité intrafamiliale de l'application de ce rôle de gardien diététique de

« [...] les copines [...] peuvent [...] jouer le rôle d'un *incitateur généralisé* par la récurrence des conversations sur le poids et la nécessité d'y veiller. Selon l'anthropologue américaine M. Nichter, le « discours sur le poids » constitue aujourd'hui un trait important de la sous-culture féminine lycéenne. De ce fait, ce type de discours est présenté en entretien comme un trait caractéristique et pesant. »⁵⁶⁹

Muriel Darmon cite ainsi l'une de ses « interviewées en tant qu'anorexiques »⁵⁷⁰ :

« Tous les gens, tout le monde parle de poids : faut que vous sachiez ça. Quand on va à une soirée y a pas un moment où quelqu'un... Y a pas une soirée où on parle pas de ça. » [Sophie, L].⁵⁷¹

Comme nous l'écrivons, « la thérapie ne saurait alors s'inspirer de la « normalité » sociale »⁵⁷². Muriel Darmon écrit en ce sens que la « carrière » anorexique – c'est-à-dire le parcours anorexique, marqué par différentes étapes depuis le « commencement » jusqu'à l'espace hospitalier –, ne démarre pas avec des actes intrinsèquement déviants ou par « l'infraction »⁵⁷³, « mais bien par la soumission à une norme, par des actes *socialement souhaitables*, légitimes et non désapprouvés »⁵⁷⁴ : faire un régime, surveiller son poids, vouloir prendre soin de son apparence. La déviance est identifiée tardivement et rétrospectivement car les actes dans

la mère sur l'ensemble de la famille : il s'exerce avant tout sur les filles et est justifié par des considérations plus directement corporelles et esthétiques que diététiques, en deuxième lieu sur les conjoints, en étant alors justifié par des considérations en termes de santé, et enfin beaucoup plus rarement sur les fils ». Voir également S. Minuchin, ROSMAN, B.L. Rosman, & L. Baker; *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Boston, Harvard University Press, 1978.

⁵⁶⁹ Ibid.

⁵⁷⁰ Ibid., II, 3 : « Transformer les individus en activités », p. 102.

⁵⁷¹ Ibid., II, 4, p. 116.

⁵⁷² Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁵⁷³ Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, II, 3, p. 99.

⁵⁷⁴ Ibid. Nous soulignons.

lesquels une personne anorexique s'engage sont socialement encouragés chez les femmes : seule leur radicalité inquiète, ou plutôt la « maigreur »⁵⁷⁵ en tant qu'elle fait « infraction »⁵⁷⁶ au « poids normal »⁵⁷⁷. Mais Muriel Darmon note que « le moment où le poids fait infraction est lui-même variable »⁵⁷⁸ :

« [Il] peut dépendre des normes locales de poids dans la famille ([...] cas de véronique, qui évoque le fait que sa maigreur est passée inaperçue dans une famille où « les femmes sont des fils de fer »), de normes locales « professionnelles » (la maigreur d'Emilie, qui faisait de la danse, n'a été remarquée que par ses parents) [...]. »⁵⁷⁹

La « thérapie relèvera [ainsi] plutôt, comme nous l'écrivons, d'un apprentissage personnel, par exemple fondé sur le guide qu'est le corps lui-même, dont les ex-anorexiques apprennent à écouter les signaux, et dont elles acceptent finalement la dimension biologique »⁵⁸⁰. Cela contraste avec la double distorsion cognitive qui caractérisait initialement le rapport des anorexiques à leur corps :

« Les sujets anorexiques souffrent d'une 'perturbation dans l'acuité de perception ou d'interprétation cognitive des stimuli venant du corps, la déficience la plus saillante étant l'incapacité à reconnaître les signaux des besoins nutritionnels'. [...] L'image corporelle anorexique semble distordue tout à la fois au niveau extéroceptif ('je suis grosse') et intéroceptif ('je suis pleine'). »⁵⁸¹

⁵⁷⁵ Ibid.

⁵⁷⁶ Ibid.

⁵⁷⁷ Ibid.

⁵⁷⁸ Ibid.

⁵⁷⁹ Ibid.

⁵⁸⁰ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁵⁸¹ Dorothee Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their disintegration in anorexia nervosa », *op. Cit.*, p. 732: "[...] anorexic subjects suffer from a "disturbance in the accuracy of perception or cognitive interpretation of stimuli arising in the body, with failure to

Hilde Bruch cite également en ce sens l'une de ses patientes : « [...] je ne me rendais pas compte à l'époque de ce que j'éprouvais »⁵⁸², et commente : « il semble qu'il y ait eu dissociation d'avec ses propres sensations ou absence de réaction à celles-ci »⁵⁸³. La dissociation est telle que le sujet anorexique « peut même être embarrassé pour déterminer si une sensation ou une impulsion a son origine en lui-même ou si elle vient de l'extérieur »⁵⁸⁴. La frontière corporelle entre l'endogène et l'exogène est brouillée.

Ainsi, les anorexiques en rémission doivent apprendre à discerner leurs propres signaux corporels, ce qui suppose plusieurs semaines préalables de réajustements alimentaires (d'abord déterminés extérieurement, dans un cadre thérapeutique⁵⁸⁵), afin que la régularité de la prise alimentaire régule à nouveau les signaux de faim et de satiété et que ceux-ci puissent être adéquatement perçus. La norme peut alors devenir pleinement *immanente*, interne ou propre à soi, ceci contrastant avec l'organisation radicalement hétéronome de l'anorexie mentale :

« [...] ce qui n'est pas donné à l'enfant [et qui le prédestine à pouvoir devenir anorexique], est la confiance en soi et la capacité d'initiative au-delà de la seule obéissance. Cela peut se radicaliser sous la forme d'une 'perte de soi' ou d'une 'mise sous silence de soi' quand, 'dans le but d'apaiser et de

recognize signs of nutritional need as the most prominent deficiency of this type" (Bruch, 1962, p. 189). The anorexic body image seems to be distorted both exteroceptively ("I'm fat") and interoceptively ("I'm full")." Nous traduisons.

⁵⁸² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 30.

⁵⁸³ Ibid.

⁵⁸⁴ Ibid., p. 55.

⁵⁸⁵ Il en va de même pour les réactions psychologiques : « La privation de nourriture a également une influence notoire sur le fonctionnement psychologique. Les concepts déformés avec lesquels les anorexiques fonctionnent, et le souci permanent de nourriture, se trouvent ainsi entretenus. Aucune somme de raisonnement psychologique utilisée dans une psychothérapie de type ordinaire, ne peut être efficace tant que les réactions psychologiques fondamentales sont déterminées par l'état d'inanition. », cf. Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 113.

protéger des relations valorisées, les femmes développent des habitudes de censure de leur propre expression et de restriction de leur propre initiative'. Conséquemment, les sujets anorexiques montrent 'une absence quasi complète de capacité à s'en remettre à leurs propres ressources, idées ou décisions autonomes. »⁵⁸⁶

Hilde Bruch évoque l'une de ses patientes, Sandy, qui « avait grandi dans un foyer où l'on agissait en fonction de règles nombreuses et compliquées »⁵⁸⁷ et qui « eut par la suite beaucoup de difficulté à faire la différence entre les vieilles règles de l'enfance et le comportement qui convenait maintenant qu'elle avait grandi »⁵⁸⁸. Dans la rémission, la norme est cherchée *en soi-même*, et elle devient, comme nous l'écrivons, « celle du corps, capable d'orienter celui qui l'écoute vers le poids nécessaire à son fonctionnement optimal »⁵⁸⁹. C'est ce qui préside notamment aux principes du « *intuitive eating* », que les ex-anorexiques sont nombreuses à pratiquer à l'issue de leur rémission ou parfois comme voie de rémission à part entière. Ce mode alimentaire « intuitif » repose en effet largement sur l'idée que le corps est capable de trouver en lui-même les outils de sa propre régulation, sans avoir à s'en remettre à des lois extérieures de structuration des prises alimentaires. Au lieu de faire les traditionnels trois repas de la journée, et de respecter des règles prescrites extérieurement concernant les apports caloriques, la personne va manger quand elle ressent la faim, même si cette dernière notion est ambiguë : elle peut être « mentale » comme physique [*psychological and physical hunger*].

⁵⁸⁶ Dorothee Legrand, "Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa", *op. Cit.*, p. 731: "[...] what is not given to the child is selfconfidence and freedom for initiative beyond obedience. This can be radicalized as a "loss of self" or "silencing of self" when "in effort to smooth and protect valued relationships, women develop habits of censoring their own expression and restricting their own initiatives" (Fredrickson & Roberts, 1997, p. 187). Consequently, anorexic subjects show "an almost complete absence of reliance on inner resources, ideas, or autonomous decisions" (Bruch, 1962, p. 193)." Nous traduisons.

⁵⁸⁷ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 58.

⁵⁸⁸ *Ibid.*

⁵⁸⁹ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

L'idée centrale est que l'absence de restrictions caloriques, et surtout d'interdictions qui tendraient à conférer aux aliments une valeur morale, en en désignant certains comme bons et autorisés, d'autres comme mauvais voire diaboliques et prohibés, vont tendanciellement permettre aux individus de se déprendre de la culpabilité qu'ils associent à l'acte de manger et donc aussi des désirs transgressifs qui les animent. « *Food is just food* » est l'une des phrases que martèlent certaines ex-anorexiques dans les chaînes Youtube qu'elles consacrent à l'accompagnement de la rémission d'autres personnes (« *eating disorder recovery coaches* »), ou à la documentation de leur propre parcours de rémission : en dépouillant la nourriture de ces significations « morales » superflues et impropres, on lui retire également son pouvoir de fascination et sa désirabilité excessive. La nourriture n'est que de « l'énergie » – « *fuel* » – destinée à la reproduction des fonctions biologiques, elle n'est ni un euphorisant ni une substance qui permettrait de résoudre les tensions psychiques. Les ex-anorexiques insistent à ce propos : l'aliment conçu comme une drogue est voué à l'échec en ce qu'il ne permettra ni d'arbitrer ni de résoudre durablement les conflits psychiques et émotionnels. Il ne fera que les « drainer » temporairement, mais les conservera intacts et les fera revenir cycliquement : il les aggravera, même, en y ajoutant le cortège des effets secondaires des TCA.

b) Apprendre à tolérer et à élaborer les émotions

En ce sens, il faut remarquer que le TCA est une tentative d'automédication qui fige et piège le sujet dans une économie de fonctionnement où son anxiété est toujours momentanément diminuée par le comportement addictif – une crise de boulimie suivie de vomissements anesthésie le sujet, le jeûne atténue les émotions négatives et la douleur morale en provoquant des réactions euphoriques et/ou léthargiques :

« Il y a un effet de réduction de l'anxiété dans la restriction alimentaire et la restriction calorique journalière associée à l'anorexie mentale, tandis que la consommation de la nourriture stimule les humeurs dysphoriques. »⁵⁹⁰

Mais l'anxiété n'est jamais supprimée ni, à plus forte raison, représentée intellectuellement et comprise étiologiquement. Non seulement la souffrance n'est pas élaborée mentalement, mais elle l'est *d'autant moins* qu'elle cesse même d'être un contenu mental – un « appel psychique », écrit Joyce McDougall –, pour devenir, dans le processus addictif, une donnée *somatique* :

« L'économie addictive vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'états affectifs pénibles ; il peut s'agir également d'états excitants ou agréables. En fait, un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique. C'est en cela que la solution addictive devient une solution somato-psychique au stress mental. »⁵⁹¹

L'anxiété est entretenue par le TCA, et ce-dernier prive progressivement le sujet de toute autre ressource face à elle : elle devient sans visage, indifférenciée, comme une donnée somato-psychique se répétant inlassablement. Le sujet est de plus en plus susceptible de crises d'anxiété et d'attaques de panique qu'il n'est pas capable de se représenter mentalement, dont il méconnaît la genèse :

« [...] le syndrome dépressif n'est ni psychotique ni névrotique, il est un « état-limite ». Le névrose est un homme conflictuel, car il « est celui qui laisse apparaître le conflit inconscient ». La « personnalité

⁵⁹⁰Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A., “Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa”, *op. Cit.*: “there is an anxiety-reducing effect of dietary restraint and reduced daily caloric intake associated with AN, whereas food consumption stimulates dysphoric mood.” Nous traduisons.

⁵⁹¹ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op. cit.*, pp. 511-527.

dépressive » est incapable de faire advenir ses conflits [à la conscience], de se les représenter, elle se sent *vide*, fragile et a des difficultés à supporter les frustrations. »⁵⁹²

Parce que le TCA devient une manière d'étouffer cycliquement l'anxiété et les autres manifestations dépressives de la personnalité, le sujet perd la possibilité de diversifier les recours possibles face à la souffrance psychique et n'engage aucun travail thérapeutique par lequel il pourrait cerner les causes et les possibles issues de ses difficultés :

« Il faut peut-être souligner, en passant, l'étendue des conduites de fuite addictives chez tout un chacun. Quand des événements internes ou externes dépassent notre capacité habituelle de contenir et d'élaborer les conflits, nous avons tous tendance à manger, boire, fumer, plus qu'à l'ordinaire, à prendre des médicaments, à la recherche d'un état d'oubli provisoire, ou bien à nous jeter dans des relations, sexuelles ou autres, avec la même visée. Ainsi, cette économie psychique ne devient problème que dans le cas où elle *est quasiment la seule solution dont le sujet dispose pour supporter la douleur psychique*. »⁵⁹³

On peut alors dire que les TCA, « toxicomanies sans drogues » – expression inventée par Otto Fenichel qui analyse en 1945 les rapports entre dépression et toxicomanie⁵⁹⁴ –, sont des formes de médications qui ne sont

« [...] efficaces que sur l'affect dépressif. Elles ne dénouent pas le conflit psychique sous-jacent, mais l'abrasent. Le patient entre alors dans un cercle vicieux qui ne lui permet plus de se défendre naturellement face aux difficultés de la vie. »⁵⁹⁵

⁵⁹² Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *op. cit.*, p. 135. Nous soulignons.

⁵⁹³ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op. cit.*, pp. 511-527. Nous soulignons.

⁵⁹⁴ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *Op. Cit.*, p. 171.

⁵⁹⁵ Ibid.

Le comportement anorexique addictif se transforme en solution unique et automatisée face à la souffrance psychique ou aux désordres émotionnels, dans la mesure où son action est immédiate :

« De manière générale, les conduites addictives à un produit comme à une situation ou à un objet constituent la voie la plus courte pour éteindre toute douleur psychique [...]. »⁵⁹⁶

Et à mesure qu'il s'installe dans la vie du sujet, il l'empêche de spécifier la nature de sa souffrance et de la percevoir comme *tolérable* – c'est en ce sens que les anorexiques engagées dans un processus de rémission répètent souvent qu'elles doivent apprendre à accepter leurs émotions sans chercher à les court-circuiter immédiatement : « *allow yourself to sit with your emotions* ». La douleur doit être, en quelque sorte, dédramatisée, et atteindre un seuil tolérable par le sujet. Tant que le comportement addictif anorexique est installé, la souffrance n'est pas davantage perçue comme remédiable. En effet, l'état de « tension » qui précède l'accomplissement ritualisé d'une crise de boulimie suivie de vomissements, par exemple, n'est pas perçu comme une souffrance psychique que le sujet pourrait parvenir à limiter voire à supprimer en engageant un travail thérapeutique à long terme, mais comme une donnée irréductible et aveugle de l'existence :

« Elle me dit : « J'ai l'impression que je serai toujours en manque. Je ressens une angoisse sourde, terrible... »⁵⁹⁷

⁵⁹⁶ Évelyne Chauvet, « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle », *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, no. 2, 2004, pp. 609-622.

⁵⁹⁷ Ibid., pp. 609-622 : 28.

« Une de mes analysantes boulimiques me disait récemment qu'elle n'arriverait jamais à surmonter son éternelle envie de manger : 'Il se pourrait que j'aie un infarctus du myocarde si je continue comme ça, mais qu'est-ce que ça peut me faire ?' »⁵⁹⁸

Tout se passe comme si cette tension et ce vide étaient voués à revenir harceler indéfiniment le sujet. En ce sens, les personnes atteintes de TCA sont comparables aux personnalités « borderline » :

« À partir des années 1970, la littérature psychanalytique française porte une attention particulière à une clientèle qu'elle pense être en nette croissance. Une nouvelle espèce de patients s'allonge apparemment sur les divans des psychanalystes. Ces patients leur donnent du fil à retordre car, à la différence des névrosés, ils n'arrivent pas à reconnaître leurs conflits, à se les représenter. [...] Parfois angoissés, ces patients se sentent surtout chroniquement vides ; ils ont les plus grandes difficultés à faire quelque chose de leurs affects douloureux, car ils ne les mentalisent pas. Leurs représentations sont pauvres, ils sont incapables de symboliser leurs douleurs : ils sont prisonniers de leur humeur. Cette nouvelle espèce a un nom : les borderlines ou les états-limites. »⁵⁹⁹

De la même manière, la compulsion ou l'acte addictif, y compris dans le cadre d'une cure psychanalytique, tend à supplanter et compromet ainsi le travail mnésique et celui de mentalisation des conflits psychiques :

« [...] l'acte prend en effet la place de la remémoration et de la mise en représentation, même s'il peut être en même temps porteur de message adressé à l'analyste. »⁶⁰⁰

⁵⁹⁸ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op. cit.*, pp. 511-527 : 111.

⁵⁹⁹ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *op. Cit.*, p. 158-159.

⁶⁰⁰ Évelyne Chauvet, « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle », *op. cit.*, pp. 609-622 : 11.

Le TCA entretient des rapports bien particuliers à la douleur psychologique : loin de l'affronter, et d'envisager une réelle résilience vis-à-vis d'elle, il la conserve comme un fait irréductible que l'artifice de l'addiction pourra seulement soulager momentanément :

« Une fois que le cycle boulimie-vomissement est créé, il est très difficile de le briser. Les [anorexiques]-boulimiques sont également des patientes difficiles pour une psychothérapie. Toute la maladie est basée sur des hypothèses et des conceptions erronées et la thérapie vise à corriger les erreurs psychologiques fondamentales. La boulimie ajoute un élément de tromperie délibérée. Celles [parmi les anorexiques] qui y ont cédé tendent à éviter de faire ouvertement face aux problèmes au cours des séances thérapeutiques. [...] Quand elles se sentent anxieuses ou tendues, elles cherchent réconfort dans la nourriture évitant ainsi d'examiner les problèmes plus profonds. »⁶⁰¹

L'ambition devient uniquement de calmer les manifestations de l'angoisse, qui forment un magma indistinct accablant chroniquement le sujet, et non de les dissoudre en développant des ressources psychologiques appropriées. Ces dernières supposeraient, on le voit, d'élaborer mentalement les ressorts de la souffrance morale et de s'inscrire dans une temporalité longue différente de celle, très rythmée et répétitive, des TCA :

« Crises de boulimie et symptômes addictifs apparurent à cette période et persistèrent comme recours ponctuels pour éponger les moments d'excitation débordante suscités autant par son intolérance aux objets jugés défaillants ou inadéquats que par tout conflit, externe ou interne, *générateur d'afflux d'affects non maîtrisables et non qualifiables*. Cette problématique centrée sur une impossibilité d'élaborer les angoisses de séparation surgit de manière explosive à l'adolescence du fait des émergences pulsionnelles et des remaniements économiques qu'elle impose. »⁶⁰²

⁶⁰¹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 23.

⁶⁰² Évelyne Chauvet, « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle », op. cit., pp. 609-622 : 13.

Le sujet anorexique, ici anorexique-boulimique, associe l'émotion à une expérience menaçante de débordement. Toute émotion est saturée – non précisément identifiée, impossible à fragmenter et à délimiter –, et saturante – assaillant le sujet et propre à désintégrer sa constitution narcissique vécue comme précaire. Ainsi ce n'est pas nécessairement une émotion négative qui appellera la crise de boulimie ou la compulsion, mais en réalité toute émotion perçue comme un trop-plein d'excitation, un excès de sollicitation du corps et de l'esprit. Les « sentiments en apparence agréables ou excitants »⁶⁰³ sont en effet, écrit Joyce McDougall, aussi oppressants que les émotions négatives dans la mesure où ils sont « vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux »⁶⁰⁴.

La crise de boulimie, de même que le jeûne, doit constamment éteindre le feu de l'émotion, et limiter les stimuli internes et externes. Il s'agit de « liquider » des émotions qui sont d'abord éprouvées comme un surcroît d'énergie libidinale ou pulsionnelle. En cela nous retrouvons cette réalité paradoxale que le sujet ne cherche pas tant à exprimer sa subjectivité à travers le « symptôme » anorexique – thèse de Dorothée Legrand, dans la perspective hégélienne de l'extériorisation de la conscience de soi par la transformation contrôlée du corps –, qu'à entretenir et aggraver une coupure avec lui-même. L'anorexique, comme d'autres sujets addicts, se rapporte à son vécu émotionnel et affectif sur le mode de la disjonction :

« En fait, c'est une remarque que m'avait faite la mère de Sammy qui m'avait alertée pour la première fois sur un élément curieux de son addiction à l'alcool : lors d'une séance, alors qu'elle essayait de comprendre les raisons de son besoin compulsif de boire du whisky, elle me dit : « Quelquefois, je ne sais même pas si je suis triste ou en colère, si j'ai faim ou si j'ai envie de faire l'amour ; et c'est alors que je commence à boire. » Que Mme X... ne sache pas différencier, afin de pouvoir les nommer, ses

⁶⁰³ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op.cit.*, pp. 511-527 : 12.

⁶⁰⁴ Ibid.

divers états affectifs m'a étonnée (je n'avais pas encore à ma disposition le concept d' « alexithymie » pour décrire ce genre de problématique). »⁶⁰⁵

Une prévalence de l'alexithymie, à savoir la difficulté d'un sujet à identifier et verbaliser ses émotions, est établie, comme nous l'avons écrit plus haut, parmi les sujets anorexiques :

« L'alexithymie, étymologiquement « incapacité à exprimer ses émotions par des mots », est un trait de personnalité qui suit une distribution normale en population générale et qui semblerait constituer un facteur de risque et de maintien d'un grand nombre de troubles psychiatriques. Si ce n'est pas un trait de personnalité spécifique à l'anorexie mentale, il est très présent dans cette pathologie et pourrait être associé à une moins bonne réponse aux traitements [...]. Réaliser une étude sur l'existence et l'impact d'un fonctionnement alexithymique chez un nombre conséquent d'anorexiques sévères correspondait bien à mon désir de m'inscrire dans la lignée des travaux [de] Hilde Bruch sur les déficits de conscience intéroceptive et d'introspection émotionnelle dans l'anorexie mentale. »⁶⁰⁶

L'anorexie et la boulimie se développent ainsi sur fond d'une coupure avec une partie de l'intériorité psychologique et du vécu affectif, et elles entretiennent l'opacité de ce vécu – elles rendent « difficiles, sinon impossibles, la reconnaissance et la résolution des problèmes psychologiques précipitants »⁶⁰⁷. Ces données tendent à confirmer que le sujet anorexique cherche davantage à se fabriquer un « genre de soi », socialement identifiable, qu'à être au contact de sa propre intériorité subjective :

« Bien que tout cela me semble maintenant évident, l'analyse de Mme X... et mon auto-analyse au moment où j'ai cessé de fumer me firent soupçonner pour la première fois que l'un des buts du

⁶⁰⁵ Ibid., pp. 511-527 : 7.

⁶⁰⁶ Annaïg Courty, Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger, *op. cit.*

⁶⁰⁷ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 24.

comportement addictif est de se débarrasser de ses affects ! Bref, je me suis rendu compte que je mettais un écran de fumée sur la quasi-totalité de mon expérience affective, neutralisant ou dispersant ainsi une partie vitale de mon monde interne ! »⁶⁰⁸

Le désir d'exprimer une authentique subjectivité ne saurait être contemporain d'une difficulté, voire incapacité, à accepter ses différents états émotionnels internes. Nous retrouvons également la thèse de Muriel Darmon qui montre combien les sujets anorexiques cherchent à se donner une « deuxième nature » à travers leurs comportements alimentaires et l'obéissance à des règles strictes qui doivent permettre l'incorporation durable de nouvelles dispositions subjectives et sociales. Le sujet anorexique espère en fin de compte pouvoir échapper à la réalité de sa vie intérieure, trop oppressante ; dans le même geste, il essaie de se rendre accessible un autre style de vécu subjectif, un autre caractère. La personnalité dépressive et addictée, écrit Alain Ehrenberg,

« [...] ressent très souvent la honte parce que, dans sa mégalomanie fondamentale, [elle] ne peut admettre ses insuffisances ; [elle] n'admet pas de se sentir [limitée] par la réalité, et en particulier par les contraintes que lui imposent son histoire personnelle et sa filiation. »⁶⁰⁹

c) Pâtir les émotions, renoncer à la toute-puissance subjective

En ce sens, la rémission de l'anorexie mentale suppose de traiter les soubassements dépressifs de la personnalité en évinçant définitivement l'idée illusoire qu'il y aurait, face à la douleur

⁶⁰⁸ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op.cit.*, pp. 511-527 : 9.

⁶⁰⁹ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *Op. Cit.*, p. 166.

morale, une solution unique et aussi instantanée qu'une crise de la boulimie. Au-delà du changement de remède face à la souffrance, le sujet doit pouvoir se réconcilier avec la part douloureuse de son existence, ou ce qu'Alain Ehrenberg appelle les « frustrations » et « limites » imposées extérieurement au complexe de toute-puissance narcissique :

« La personnalité dépressive reste fixée dans un état d'adolescence permanente, elle n'arrive pas à devenir adulte en acceptant les frustrations qui sont le lot de toute vie. En résultent fragilité, sentiment permanent de précarité ou d'instabilité. [...] [La] personne peut [guérir] en reconnaissant les limites de sa toute-puissance au lieu de se plaindre en permanence de son impuissance. »⁶¹⁰

Nous pouvons mieux comprendre la nécessité, pour le sujet anorexique, d'accepter ses propres limites à travers le prisme de l'intersubjectivité. Dorothée Legrand, reprenant la conception sartrienne de l'intersubjectivité, établit que c'est bien le regard de l'autre qui est à la racine de l'objectification et de l'auto-objectification qui prennent une tournure pathologique dans l'anorexie mentale, et dont l'anorexique chercherait paradoxalement à se défendre en réaffirmant illusoirement sa toute-puissance narcissique. En effet, « autrui est le médiateur entre moi et moi-même »⁶¹¹, et « par l'apparition même d'autrui, je suis mis en mesure de porter un jugement sur moi-même comme sur un objet, car c'est comme objet que j'apparais à autrui. »⁶¹² Tant que je n'ai pas fait l'expérience du regard de l'autre, je suis dans une subjectivité absolue⁶¹³, qui ne connaît pas de bornes. La rencontre de l'autre opère une négation de la pureté de la subjectivité, ou « négation de son absoluté » selon la terminologie d'Henri Ey⁶¹⁴. Parce qu'autrui me voit comme un objet, je suis conduit à me percevoir moi-même comme tel lorsque

⁶¹⁰ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *Op. Cit.*, p. 166.

⁶¹¹ J-P. Sartre, *L'être et le néant* (1943), éd. Gallimard, coll. « Tel », 1976, pp. 259-260.

⁶¹² Ibid.

⁶¹³ Lacan parle de « sujet absolu », cf. Lacan, « Le Stade du Miroir comme Formateur de la Fonction du Je », In *Écrits*, Paris, Seuil, 1996, p.5.

⁶¹⁴ Henri Ey cité par J. O'Neill dans « The Specular Body : Merleau-Ponty and Lacan on Infant Self and Other », *Synthese*, 66/2, 2007, 201-17, p. 202. Cité par Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*; p. 517. Nous traduisons.

j'essaie de me représenter le contenu de sa perception : je *me* regarde comme *il* me voit. Autrui introduit en moi la scission du sujet et de l'objet, qui m'aliène autant qu'elle me permet de me connaître, puisqu'elle rend possible la séparation et la distance entre un sujet connaissant et un objet à connaître – prenant ici la forme de l'auto-analyse ou de la réflexivité. En somme, la conscience réflexive doit son existence à l'expérience primordiale du regard d'autrui.

Le corps est par excellence le vecteur de cette rencontre, par laquelle un sujet fait l'expérience de ses propres bornes. Le corps, à travers le regard de l'autre, cesse d'être simplement vécu depuis une perspective interne, à la première personne⁶¹⁵. Le corps, comme c'est également le cas lorsqu'un sujet se reconnaît pour la première fois dans une image spéculaire – ou ce que Lacan appelle le « stade du miroir »⁶¹⁶ –, cesse d'être un « ensemble d'impulsions confusément ressenties »⁶¹⁷ de l'intérieur, et devient perçu *de l'extérieur*. La conséquence « n'est pas seulement que j'obtiens, à travers le regard d'autrui, une perspective de plus sur moi-même »⁶¹⁸. Mais, « plus radicalement »⁶¹⁹, le fait de reconnaître le regard des autres sur moi revient à me reconnaître moi-même « comme partiellement, mais en principe, inaccessible à moi-même »⁶²⁰ : mon corps n'équivaut plus seulement à mon point de vue ; il devient une entité qui peut être l'objet de perspectives que je ne pourrai jamais faire miennes. En ce sens, mon corps

⁶¹⁵ Dorothée Legrand, “Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa”, *op. Cit.*, p. 734. Nous traduisons.

⁶¹⁶ Lacan, « Le Stade du Miroir comme Formateur de la Fonction du Je », *op. cit.*

⁶¹⁷ Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », Centre de Documentation Universitaire, 1951, In *Merleau-Ponty à la Sorbonne. Résumé de cours 1949-1952*, Grenoble, Editions Cynara, 1988, p. 136. Cité par Dorothée Legrand, « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing », *op. cit.*; p. 516. Nous traduisons.

⁶¹⁸ Dorothée Legrand, “Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa”, *op. Cit.*, p. 734: “The consequence is not only that I get, through other's view, an additional perspective on myself.” Nous traduisons.

⁶¹⁹ *Ibid.*

⁶²⁰ *Ibid.*: “I recognize that I am partly but in principle inaccessible to myself”. Nous traduisons.

m'échappe inévitablement⁶²¹. Ainsi, mon corps est aliéné, et l'expérience du regard des autres me fait m'échapper à moi-même⁶²².

Pour remédier à cette atteinte à son intégrité subjective, ou à la toute-puissance de sa subjectivité, un sujet devrait alors se soustraire à « l'esclavage du regard d'autrui »⁶²³. Pour refuser « le regard réifiant d'autrui »⁶²⁴, il faut refuser à la racine « [son] point de vue subjectif »⁶²⁵. En effet, « puisque c'est seulement par un sujet que je peux être perçu comme un objet »⁶²⁶, je dois rejeter simultanément « l'autre-comme-sujet »⁶²⁷ et « moi-même-comme-objet »⁶²⁸. Autrement, je reste vulnérable à la captation et à l'engloutissement par l'autre. Cependant, souligne Dorothée Legrand, ce rejet « a un prix élevé, dans la mesure où je dois premièrement reconnaître l'autre comme sujet afin de le nier comme tel, au lieu de le rejeter simplement comme objet »⁶²⁹. Par conséquent, je ne peux tenir l'autre à distance qu'« en acceptant une limite à ma subjectivité »⁶³⁰. Ainsi me faut-il admettre que ma « subjectivité est limitée de deux manières inextricables : elle est limitée parce qu'elle n'est pas unique : les

⁶²¹ Ibid.: "my body is there not only as the point of view which I am but again as a point of view on which are actually brought to bear points of view which I could never take". It is in the sense that, because it is for-the-Other, "my body escapes me on all sides". Nous traduisons.

⁶²² Ibid.: "Living in a world of others, and recognizing their subjective look on me thus means that "all of a sudden I am conscious of myself as escaping myself". Nous traduisons.

⁶²³ Ibid.: "one's slavery to other's gaze". Nous traduisons.

⁶²⁴ Ibid.: « other's objectifying gaze ». Nous traduisons.

⁶²⁵ Ibid.: « others' subjective stance. » Nous traduisons.

⁶²⁶ Ibid.: « since it is only by a subject that I can be seen as object, I need to refuse the other-as-subject if I don't want to be reduced to myself-as-object. » Nous traduisons.

⁶²⁷ Ibid.

⁶²⁸ Ibid.

⁶²⁹ Ibid.: Refusing this, however, has a high price, as I first need to recognize the other as being a subject in order to be able to refuse him as such, rather than merely refusing him as object. » Nous traduisons.

⁶³⁰ Ibid.: Therefore, "I can only keep the Other at a distance by accepting a limit to my subjectivity". Nous traduisons.

autres aussi sont des sujets ; elle est limitée parce qu'elle n'est pas auto-suffisante ni absolument pure : je ne suis pas seulement sujet mais également objet »⁶³¹.

C'est bien dans ces termes qu'il faut comprendre le renoncement à la toute-puissance narcissique que nous évoquions : « accepter les limites de ma subjectivité suppose d'accepter conjointement la subjectivité des autres et ma propre objectivité (ou dimension d'objet) »⁶³². L'acceptation desdites « limites [échoue] dans l'anorexie mentale »⁶³³, et elle est un point nodal du travail thérapeutique dans le processus de rémission.

d) La guérison n'est pas un retour à l'état antérieur

Comme nous l'écrivons⁶³⁴, « l'ex-anorexique guéri [ne saurait être] celui qui est revenu à une version antérieure de son être – contrairement à ce que suggèrent de nombreux récits « My anorexia story » que l'on voit se démultiplier sur Youtube, et qui cultivent une nostalgie pour le soi du passé, celui de l'enfance, sur un mode mythique. L'état qui précède le développement d'un TCA, pour cela seul qu'il en contient les prédispositions [(notamment, ici, un complexe délétère de toute-puissance narcissique)], n'est pas un état désirable »⁶³⁵. Il correspond souvent

⁶³¹ Ibid.: « My subjectivity is limited in two inextricable ways: it is limited because it is not unique: others too are subjective; and it is limited because it is not self-standing: I am not only subjective but also objective. » Nous traduisons.

⁶³² Ibid.: « Recognizing the limits to my subjectivity thus requires accepting others' subjectivity and my own objectivity. » Nous traduisons.

⁶³³ Ibid.: « It might be the acceptance of such limitations which fails in anorexia. » Nous traduisons.

⁶³⁴ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁶³⁵ Ibid.

à un état adolescent précaire dans lequel est venu s'immiscer le TCA, empêchant la pleine maturation du sujet. Dans le cas de Marya Hornbacher, c'est dès l'enfance que les déséquilibres avaient commencé à se manifester :

« Je n'avais pas de vie 'normale' à laquelle revenir. Pas d'expérience d'être 'saine' ou 'normale' dans mon rapport à la nourriture. »⁶³⁶

L'une des ex-anorexiques ayant répondu à nos questions d'entretiens, Mathilde P., commentait ainsi la possibilité de « revenir à un état antérieur » :

« Pour moi, il n'y a pas d'état antérieur. Mon corps a été un objet de souffrance et un punching-ball depuis la séparation de mes parents quand j'avais 5 ans. J'ai commencé à apprendre à accepter que mon corps n'était pas un exutoire ou un pansement. »

Nous l'écrivons, « le TCA – c'est [son] aspect vertueux –, introduit des *mutations* qui peuvent véritablement éclore à l'occasion de la rémission. On peut aller jusqu'à dire que le TCA est une rupture avec le cours « ordinaire » – c'est-à-dire habituel – de l'expérience, suscitant une crise si spectaculaire qu'en guérir revient à un apprentissage de l'indépendance, à la réévaluation et au dépassement de ses propres normes »⁶³⁷ :

⁶³⁶ Marya Hornbacher, *Wasted, Op. Cit.*, p. 193. Nous traduisons. Cet extrait est cité et traduit dans la note 49 de notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

⁶³⁷ Margaux Merand, « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.*

« Et voilà tout : j'appris à vivre. »⁶³⁸

Hilde Bruch écrit ainsi qu'aucune de ses patientes, une fois guérie, « n'a exprimé le regret d'avoir été anorexique. La plupart a l'impression que sans cela elles auraient pu demeurer bloquées dans cette attitude d'excessive dépendance à l'égard de la famille, ou qu'elles auraient pu avoir des troubles mentaux d'un autre genre »⁶³⁹. Il n'y a ainsi pas de réel état antérieur sain auquel les sujets anorexiques en rémission pourraient se rapporter comme à une norme d'existence souhaitable. L'autonomie du sujet fait défaut à l'existence antérieure, et si l'anorexie mentale ne permet pas d'atteindre cette autonomie et mène à une impasse, l'autonomie n'en est pas moins une finalité vers laquelle il faut tendre, en la distinguant de la notion de bien-être ou de maîtrise absolue :

« Selon Georges Canguilhem, qui fait ici explicitement référence à la psychanalyse comme travail, le rôle du médecin est de pratiquer une pédagogie de la guérison : « Cette pédagogie devrait tendre à obtenir la reconnaissance par le sujet de ce fait qu'aucune technique, aucune institution, présentes ou à venir, ne lui assureront l'intégrité garantie de ses pouvoirs de relation aux hommes et aux choses. » Canguilhem ajoute que cette limitation est inhérente au vivant, elle en est la loi naturelle : « La santé d'après la guérison n'est pas la santé antérieure. La conscience lucide du fait que *guérir n'est pas revenir* aide le malade dans sa recherche de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation à un état antérieur. » [...] Une chose semble certaine dans le modèle conflictuel : le bien-être n'est pas la guérison, parce que guérir, c'est être capable de souffrir, de tolérer la souffrance. Être guéri de ce point de vue, ce n'est en effet pas être heureux, c'est être libre, c'est-à-dire retrouver un pouvoir sur soi permettant « de se décider pour ceci ou pour cela ». Si l'on accepte que la santé est la capacité à dépasser

⁶³⁸ Marya Hornbacher, *Wasted, Op. Cit.*, p. 293 ("Afterword, The Letting Go"). Nous traduisons. Cet extrait est cité et traduit dans la note 50 de notre article « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *op. cit.* Voir également A. Liu, <Gaining> the truth about life after eating disorders; New York, Warner Books, 2007.

⁶³⁹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, *op. Cit.*, p. 178.

ses propres normes, il faut *distinguer le bonheur de la liberté* et le bien-être de la guérison. [L'homme] en bonne santé tolère des secousses multiples et doit pouvoir dépasser ses propres normes [...]. »⁶⁴⁰

L'anorexie mentale n'est pas la dégradation ou la perte de facultés qui auraient été présentes antérieurement, et qu'il faudrait recouvrer. Elle est une psychopathologie qui s'installe précisément parce que le développement imparfait de l'identité et de l'autonomie du sujet rend ce-dernier partiellement inadapté aux exigences de l'existence, en particulier de l'existence de jeune adulte. L'anorexie mentale est ainsi une stratégie d'adaptation provisoire face aux menaces de désintégration et d'effondrement qui pèsent sur un sujet dont les constructions sont extrêmement précaires et inabouties. L'anorexie mentale n'est ainsi pas un dysfonctionnement, mais une stratégie adaptative consécutive à un état *déjà* dysfonctionnel. Le fait que cette stratégie soit mortifère et destructrice indique seulement qu'elle est une réponse inappropriée à un problème qui n'en est pas moins entier, et qui la précède. C'est la raison pour laquelle la rémission est un processus long et complexe qui suppose la prise en charge et la reconnaissance des carences et des failles narcissiques multiples – en lieu et place de tout fantasme de toute-puissance – à l'origine des stratégies défensives dont la fixation obsessionnelle sur le comportement alimentaire n'est qu'une version. La capacité à tolérer et à reconnaître ses propres émotions, sans chercher à leur supplanter un faux-self ou genre de soi idéalisé, en est une étape cruciale. L'enjeu est considérable car, ainsi que l'écrit Hilde Bruch, « il faut [aux sujets anorexiques en rémission] se créer une nouvelle personnalité authentique après toutes ces années d'existence truquée. »⁶⁴¹ La nouvelle subjectivité, dont la rémission est une sorte de processus maïeutique, doit s'enraciner dans l'acceptation d'affects douloureux qui ne peuvent être ramenés à des proportions tolérables qu'à la condition d'être conscientisés à un degré supérieur. C'est cette subjectivité qui devient porteuse d'une autonomie dont le sens peut progressivement être distingué de celui d'une toute-puissance ou d'une auto-suffisance.

Enfin, nous rappelons en vertu de ces développements que l'anorexie mentale ne saurait selon nous être adéquatement conçue, du moins entièrement, comme une tentative de faire du corps

⁶⁴⁰Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. Cit., p. 256.

⁶⁴¹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 179.

la matérialisation expressive de la subjectivité : cette dernière repose sur une vie émotionnelle dont le sujet est d'autant plus coupé qu'il cherche à contrôler son corps. Si le sujet anorexique recherche bien une reconnaissance et tente d'exhiber sa condition de sujet à travers sa maigreur, il échoue néanmoins à pouvoir être reconnu et à se reconnaître lui-même dans la mesure où son trouble du comportement alimentaire lui dissimule constamment une partie significative de son vécu affectif. C'est précisément parce que ce vécu est menaçant pour lui qu'il lui préfère une personnalité « truquée »⁶⁴². Ainsi, pour paraphraser et inverser le thème d'un auteur sur les thèses duquel nous avons largement établi les nôtres, nous pensons que le sujet anorexique finit par souffrir d'une *fatigue de ne pas être soi*.

⁶⁴² Ibid.

Conclusion : l'anorexie mentale est-elle une variation quantitative de tendances normales ?

« Il y a davantage de raison dans ton corps
que dans ta meilleure sagesse. »
(Nietzsche, *Ainsi parlait Zarathoustra*, L.
I, « Des contempteurs du corps »)

1. Le sujet anorexique est-il malade ? Le basculement de la santé à la maladie et sa prise de conscience comme catalyseur de la rémission

Si l'on tient compte de la définition de la santé formulée par Canguilhem dans son essai sur *Le normal et le pathologique*, on s'aperçoit que l'anorexie mentale, dans certaines de ses étapes du moins, semble avoir un double statut paradoxal de santé et de maladie.

L'état normal, selon Canguilhem, c'est la normativité, c'est-à-dire la capacité à instaurer de nouvelles normes d'existence adaptées aux exigences d'un milieu, et non pas seulement le fait de vivre d'après une norme donnée. Toute forme de vie, en effet, saine ou malade, correspond nécessairement à une norme déterminée. Ainsi la « normativité » n'est pas la simple présence d'une norme mais la capacité à transgresser une norme existante en vertu d'une norme supérieure et plus adaptée. L'état pathologique en ce sens n'est pas « anormal » : il procède bien d'une norme. Seulement cette norme est dite « inférieure » dans la mesure où elle est bornée à elle-même, purement autoréférentielle et autotélique : elle ne peut pas se dépasser (et donc se « déclasser » elle-même) en une norme supérieure. Le sujet malade vit d'après une

norme mais n'a pas le loisir d'en créer de nouvelles d'après les exigences de milieux autres. Il est limité à un milieu restreint au sein duquel il peut fonctionner de manière optimale d'après la seule norme dont il est capable.

Ainsi, l'état normal, au contraire de l'état pathologique, correspond à la possibilité qu'a un sujet de *changer* de normes d'existence selon les accidents, les irrégularités, les événements qui peuvent se produire au sein de son milieu et l'exiger de lui. Canguilhem l'écrit dans *Le normal et le pathologique*, au chapitre IV : « Maladie, guérison, santé »⁶⁴³, « le milieu « cosmique, le milieu de l'animal en général »⁶⁴⁴ est bien réglé par un système de « constantes mécaniques, physiques et chimiques »⁶⁴⁵ »⁶⁴⁶. « Il est constitué « d'invariants »⁶⁴⁷ et régi par une régularité nomologique. Mais les lois qui l'organisent, écrit encore Canguilhem, sont « des abstractions théoriques »⁶⁴⁸ en ceci que le vivant ne vit pas directement parmi elles, mais parmi « des êtres et des événements qui [les] diversifient »⁶⁴⁹ :

« Ce qui porte l'oiseau c'est la branche et non les lois de l'élasticité. Si nous réduisons la branche aux lois de l'élasticité, nous ne devons pas non plus parler d'oiseau, mais de solutions colloïdales. [...] De même, ce que mange le renard c'est un œuf de poule et non la chimie des albuminoïdes ou les lois de l'embryologie. Parce que le vivant qualifié vit parmi un monde d'objets qualifiés, il vit parmi un monde d'accidents possibles. Rien n'est par hasard, mais tout arrive sous forme d'événements. Voilà en quoi le milieu est infidèle. Son infidélité c'est proprement son devenir, son histoire. »⁶⁵⁰

⁶⁴³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., IV : « Maladie, guérison, santé », p. 118.

⁶⁴⁴ Ibid., p. 131.

⁶⁴⁵ Ibid.

⁶⁴⁶ Les trois prochains paragraphes sont issus de notre article pour la revue en ligne *Implications Philosophiques* présentant le « Dossier – Philip Roth », publié le 22 octobre 2020.

⁶⁴⁷ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 118.

⁶⁴⁸ Ibid.

⁶⁴⁹ Ibid.

⁶⁵⁰ Ibid. Cité par Margaux Merand dans « Dossier – Philip Roth », *Implications Philosophiques*, 22 octobre 2020.

L'existence n'est pas « une déduction monotone, un mouvement rectiligne »⁶⁵¹, elle ne relève pas d'une « rigidité géométrique »⁶⁵², mais est nécessairement traversée par des « fuites, des trous, des dérobadés et des résistances inattendues »⁶⁵³. Cela ne signifie pas que le milieu ne soit pas objectivement organisé par des lois, ni que la science ne puisse les mettre en évidence : Canguilhem ne professe aucun « indéterminisme »⁶⁵⁴. Mais si « la science explique l'expérience »⁶⁵⁵, « elle ne l'annule pas pour autant »⁶⁵⁶. Aussi, subjectivement – affectivement, dit l'auteur –, et plus généralement *empiriquement*, la vie est-elle vécue comme inconstante ; la santé étant corrélativement décrite, nous le disions, comme la capacité qu'a le vivant à faire des « infractions » à ses normes d'existence et à en générer de nouvelles – qui soient supérieures aux précédentes – selon les exigences changeantes de son milieu et les défis qu'il l'oblige à relever. À l'imprévisibilité et aux effractions dont le milieu est susceptible répond l'aptitude plus ou moins élevée du vivant à transgresser et à dépasser ses normes d'existence. »⁶⁵⁷

La santé, résume Canguilhem en une formule qui en fournit tous les critères, c'est tout à la fois « la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles »⁶⁵⁸. La santé inclut ainsi l'état dit « normal » – soit la possibilité d'instaurer de nouvelles normes (normativité). Mais elle consiste aussi en une aptitude à transgresser ou enfreindre la norme habituelle : le sujet sain a le luxe de pouvoir s'écarter de son comportement habituel ou d'une norme d'existence donnée sans tomber malade, ou encore cet écart est-il précisément une affection temporaire dont il peut se relever. Un randonneur

⁶⁵¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 118.

⁶⁵² Ibid.

⁶⁵³ Ibid.

⁶⁵⁴ Ibid.

⁶⁵⁵ Ibid.

⁶⁵⁶ Ibid.

⁶⁵⁷ Fin des passages extraits de notre article : Margaux Merand, « Dossier – Philip Roth », *Implications Philosophiques*, 22 octobre 2020.

⁶⁵⁸ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 130.

occasionnel qui n'a jamais eu de tendinites aux genoux peut faire des infractions à ses normes habituelles, il peut parcourir un nombre de kilomètres exceptionnellement grand sans se ménager ni souffrir, à la fin de la journée, d'un état musculaire et tendineux inflammatoire. Un randonneur ayant des antécédents de tendinites appliquera une vigilance, n'excèdera pas un nombre raisonnable de kilomètres, surveillera davantage la qualité de son sommeil avant l'effort musculaire et prendra garde à ses appuis dans certaines situations pour ne pas fragiliser ses genoux et créer une situation inflammatoire susceptible de dégénérer rapidement en tendinite. Il sait que ses genoux sont devenus vulnérables et que la tendinite, une fois qu'elle s'est produite et même si elle a été correctement soignée, peut créer des risques plus élevés de se reproduire, comme, à un niveau psychopathologique très différent, un épisode dépressif majeur expose le sujet à des risques de rechutes plus importants du fait de l'épisode initial et sans considération pour les autres facteurs déclencheurs. On pourrait dire alors que les antécédents médicaux, du moins certaines pathologies ou psychopathologies, diminuent la possibilité pour un sujet de commettre aveuglément des infractions à des normes d'existence données, car il sait désormais que ces infractions sont suivies de conséquences potentiellement très dommageables. Il doit ainsi se ménager ou être prudent. Mais alors, la santé, définie ainsi comme possibilité d'enfreindre la norme habituelle sans préjudices, n'est-elle pas tout simplement confondue avec la jeunesse ?

C'est ce que remarque Canguilhem dans une note au chapitre IV de son essai : « On voudra peut-être objecter que nous avons tendance à confondre la santé et la jeunesse. Nous n'oublions pas cependant que la vieillesse est un stade normal de la vie. Mais à âge égal, un vieillard sera sain qui manifestera une capacité d'adaptation ou de réparation des dégâts organiques que tel autre ne manifeste pas, par exemple une bonne et solide soudure d'un col de fémur fracturé. Le beau vieillard n'est pas seulement une fiction de poète »⁶⁵⁹. Ainsi la santé existe-t-elle, non seulement sous une forme que nous pourrions dire maximale, et qui équivaut à la jeunesse des organes et à l'absence d'antécédents, mais également sous une forme adaptative. Cette dernière correspond à la santé comprise comme faculté de compensation – et donc d'annulation relative – spontanée des effets de l'affaiblissement du corps et du vieillissement des organes. Il semble

⁶⁵⁹ Ibid., p. 134, note 1.

donc que la définition donnée par Canguilhem corresponde à des formes plurielles de la santé, selon les différents stades de la vie.

Ce qui nous intéresse ici est que, lorsque nous considérons la version « maximale » de la santé, nous remarquons qu'elle semble pouvoir décrire adéquatement l'expérience anorexique elle-même, telle que celle-ci est vécue subjectivement avant que les conséquences biologiques de ses comportements restrictifs et purgatifs soient perceptibles et sensibles. Si l'on définit la santé comme capacité à enfreindre une norme d'existence sans en être affecté, ou en ayant la possibilité de se remettre d'un dommage spontanément, alors l'anorexie mentale, pendant les premiers stades de son fonctionnement (premiers stades qui s'étendent des premiers mois aux premières années de la maladie), peut être conçue comme une expérimentation de la « santé » et de ses extrêmes limites. Canguilhem écrit en effet :

« Goldstein remarque que le souci morbide d'éviter les situations éventuellement génératrices de réactions catastrophiques exprime l'instinct de conservation. Cet instinct n'est pas, selon lui, la loi générale de la vie, mais la loi d'une vie rétractée. L'organisme sain cherche moins à se maintenir dans son état et son milieu présents qu'à réaliser sa nature. *Or cela exige que l'organisme, en affrontant des risques, accepte l'éventualité de réactions catastrophiques.* L'homme sain ne se dérobe pas devant les problèmes que lui posent les bouleversements parfois subits de ses habitudes, même physiologiquement parlant ; *il mesure sa santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre.* »⁶⁶⁰.

On retrouve ici l'opposition entre Epicure et Nietzsche, soulevée par Nietzsche lui-même dans le *Gai savoir* lorsqu'il évoque la philosophie épicurienne comme une philosophie essentiellement convalescente, qui se repaît du spectacle de la tourmente de l'existence humaine en se réjouissant de n'y avoir aucune part :

⁶⁶⁰ Ibid., p. 132. Nous soulignons.

« Épicure. – Oui, je suis fier de sentir le caractère d'Épicure autrement que n'importe qui peut-être, et dans tout ce qu'il m'est donné d'entendre ou de lire de lui, de jouir du bonheur vespéral de l'Antiquité : – je vois ses yeux contempler une mer vaste et argentine, par-delà les falaises du rivage sur lesquelles repose le soleil, tandis que de grands et de petits animaux s'ébattent dans sa lumière, aussi sûrs et calmes que cette lumière et ce regard. Pareil bonheur, seul quelqu'un qui souffre sans cesse a pu l'inventer, le bonheur d'un œil au regard de qui la mer de l'existence s'est apaisée, et qui n'arrive à se repaître assez du spectacle de sa surface et de cet épiderme océanien bigarré, délicat et frissonnant : il n'y eut jamais auparavant pareille modestie de la volupté. »⁶⁶¹

Epicure est, aux yeux de Nietzsche, l'auteur d'une philosophie de la convalescence en ce sens qu'ayant trop souffert, ou étant de nature à « souffrir sans cesse », il a érigé une série de préceptes tenant autant que possible la douleur à l'écart, quitte à prôner une prudence (*phronêsis*) et une existence ascétiques, se gardant délicieusement (ou « voluptueusement ») des plaisirs dont les conséquences pourraient être préjudiciables. Il n'y « eut jamais auparavant pareille modestie de la volupté » puisque la norme du bonheur – et donc de la volupté – correspond paradoxalement à une grande austérité et à une discipline rigoureuse. La *modeste volupté* est ainsi une sorte d'oxymore renfermant le cœur de la philosophie épicurienne. Nietzsche écrit encore, au paragraphe 306 du quatrième livre :

« Stoïciens et épicuriens. – L'épicurien choisit la situation, les personnes et même les événements qui conviennent à sa constitution intellectuelle, excitable à l'extrême, il renonce à tout le reste – c'est-à-dire presque à la plupart des choses – parce que ce serait pour lui une nourriture trop forte et trop lourde. Le stoïcien en revanche s'exerce à avaler pierres et vermines, éclats de verre et scorpions, et à rester sans dégoût ; il faut que son estomac devienne indifférent à tout ce que le hasard de l'existence déverse en lui ; – il fait penser à cette secte arabe des Aïssaouas que l'on rencontre à Alger : et pareil à ces

⁶⁶¹ Nietzsche, *Le Gai Savoir*, Paris, Ed. Gallimard, 1982, trad. Pierre Klossowski, Livre premier, 45, pp. 85-86.

insensibles, il lui plaît aussi d'avoir un public invité au spectacle de son insensibilité que justement l'épicurien volontiers déconseille : – en effet celui-ci a son « jardin » ! [...] »⁶⁶²

L'épicurien, d'une nature extrêmement sensible et « excitable », choisit son milieu, un milieu restreint au sein duquel il a renoncé à « la plupart des choses », plus qu'il ne chercherait à s'adapter à la violence du milieu et à l'irrégularité du devenir ou du destin. Il compose sa « situation » en sélectionnant jusqu'aux « événements » qui peuvent s'y produire, en les ajustant à sa complexion naturelle, bien loin de chercher à se rendre indifférent et insensible aux coups du sort à l'image des stoïciens. Ainsi l'épicurien se crée-t-il un périmètre de sécurité à l'intérieur duquel sa nature, délicate et susceptible, est ménagée plutôt qu'elle n'est ébranlée. Or, cette philosophie semble pareille à ce que décrit Goldstein dans l'extrait de Canguilhem que nous citons plus haut : « Goldstein remarque que le souci morbide d'éviter les situations éventuellement génératrices de réactions catastrophiques exprime l'instinct de conservation. Cet instinct n'est pas, selon lui, la loi générale de la vie, mais la loi d'une vie rétractée. »⁶⁶³ La philosophie épicurienne est convalescente en ce sens qu'elle est une philosophie de la « conservation », qui cherche à se prémunir constamment des dommages qui suivraient potentiellement de certains plaisirs, et à conserver sa nature intacte autant que faire se peut, là où l'homme sain « *mesure sa santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre* »⁶⁶⁴. L'homme sain possède ainsi la « grande santé » nietzschéenne :

« [...] une santé que non seulement on possède, mais qu'il faut aussi conquérir sans cesse, puisque sans cesse on la sacrifie et qu'il faut la sacrifier !... »⁶⁶⁵

La santé n'est pas seulement un état mais également une attitude existentielle, qui s'entend comme une capacité à s'exposer aux risques et à les surmonter. La santé n'est ainsi proprement

⁶⁶² Nietzsche, *Le Gai Savoir*, op. cit., Livre quatrième, 306, pp. 208-209.

⁶⁶³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. Cit., IV, p. 132. Nous soulignons.

⁶⁶⁴ Ibid. Nous soulignons.

⁶⁶⁵ Nietzsche, *Le Gai Savoir*, § 382, in OPC V, pp. 291-292.

santé que dans la mesure où elle assume de pouvoir se perdre comme telle, sans chercher à se *conserver* frileusement. Elle se conquiert elle-même continûment.

Or, nous remarquons que la définition qui est ici donnée de l'homme sain, et qui rapproche la position de Canguilhem de la philosophie nietzschéenne, semble légitimement pouvoir décrire le comportement initial de l'anorexique qui, pour se priver radicalement et se soumettre à rude épreuve constamment – sport, discipline scolaire – n'en constate pas moins une capacité de performance non seulement maintenue mais même vécue comme *augmentée*. Les sujets anorexiques qui ne s'alimentent quasiment plus, lorsqu'ils connaissent leur première phase d'amaigrissement et qu'ils l'associent à des pratiques sportives quotidiennes extrêmes, se sentent performants *au-delà des autres*. Niant les besoins du corps, et adoptant à son encontre une attitude dictatoriale, ils ont le sentiment de *commander le corps* infiniment plus que ne le font les sujets « moyens ». Ainsi le sentiment qu'ils ont de leur performance est-il décuplé : ce n'est pas seulement qu'ils se sentent tout aussi fonctionnels que s'ils s'alimentaient normalement et donc jugent la nourriture dispensable, mais qu'ils se sentent comparativement *plus fonctionnels que les autres et plus fonctionnels qu'ils ne l'étaient eux-mêmes auparavant*.

Cet état initial de l'expérience anorexique correspond notamment au sentiment d'euphorie et de dépersonnalisation positive que nous avons évoqué plus haut dans nos analyses. Ainsi, nous pourrions dire qu'à l'image de l'homme sain de Canguilhem, le sujet anorexique « ne se sent en bonne santé [...] que lorsqu'il se sent *plus que normal* [...] »⁶⁶⁶. En ce sens, le déni de maladie, caractéristique des sujets anorexiques au point qu'il en est un critère diagnostique, ne participe pas nécessairement d'un « déni » ni d'un acte de mauvaise foi. En effet, subjectivement, et ce durant la phase initiale du processus anorexique, l'amaigrissement et les pratiques qui y sont associées correspondent bien à une expérimentation extrême de l'état de santé de lui-même. L'anorexie mentale est peut-être un « luxe », celui de ne pas se ménager, et même de repousser sans cesse ses propres limites, tout en ne constatant pas de dommages physiques ni intellectuels, et en éprouvant en réalité le contraire même d'un état diminué : une

⁶⁶⁶ Ibid. Nous soulignons.

performance améliorée. L'anorexie mentale procède précisément de cet « abus » définitionnel de l'état de santé d'après les concepts de Canguilhem : « C'est l'abus possible de la santé qui est au fond de la valeur accordée à la santé, comme, selon Valéry, c'est l'abus de pouvoir qui est au fond de l'amour du pouvoir. »⁶⁶⁷ Canguilhem écrit encore :

« Ce n'est évidemment pas en vue expressément de donner ce sentiment aux hommes que la nature a construit leurs organismes avec une telle prodigalité : trop de rein, trop de poumon, trop de parathyroïdes, trop de pancréas, trop de cerveau même, si on limitait la vie humaine à la vie végétative. Une telle façon de penser traduit le finalisme le plus naïf. Mais toujours est-il qu'ainsi fait, l'homme se sent porté par une surabondance de moyens dont il lui est normal d'abuser. Contre certains médecins trop prompts à voir dans les maladies des crimes, parce que les intéressés y ont quelque part du fait d'excès ou d'omissions, *nous estimons que le pouvoir et la tentation de se rendre malade sont une caractéristique essentielle de la physiologie humaine.* »⁶⁶⁸

En lisant ce passage, on ne peut qu'être frappé par l'idée que l'anorexie mentale, à sa manière, relève d'un *abus* tout à fait corrélatif et même constitutif de l'état de santé – cet abus serait la santé *en acte*. Aussi les patients anorexiques niant leur état de « malades » ne sont-ils pas forcément dans une complaisance inavouée avec leur état pathologique. Peut-être, s'ils sont au début de leur expérimentation ou conservent les dispositions mentales de ce premier état, sont-ils réellement convaincus que c'est leur santé même – son « luxe »⁶⁶⁹ – qu'ils éprouvent avec intensité *via* un ensemble de pratiques radicales : « être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique »⁶⁷⁰.

⁶⁶⁷ Ibid., chapitre II : « Examen critique de quelques concepts : du normal, de l'anomalie et de la maladie, du normal et de l'expérimental », p. 87.

⁶⁶⁸ Ibid., chapitre IV, p. 133. Nous soulignons.

⁶⁶⁹ Ibid., p. 132.

⁶⁷⁰ Ibid., p. 132.

Aussi le passage de la santé à la « maladie » – à une maladie *installée*, on le comprend, dont le sujet n'aurait plus le sentiment de pouvoir se « relever » spontanément – n'est-il pas nécessairement immédiat, ni fulgurant, dans l'anorexie mentale. Une première phase peut relever, au contraire, d'une expérimentation de la santé elle-même et de sa plasticité : le sujet enfreint ses normes à répétition sans en ressentir les dommages, il a même le sentiment de générer des normes de vie supérieures puisque sa performance (travail, sport) est améliorée.

Certes, la complexité de cet état de santé est que, s'il n'est pas immédiatement dommageable à un niveau physique, il n'en engage pas moins des données psychopathologiques. Cependant, on peut dire que c'est le basculement de la santé, vécue subjectivement comme toute-puissance ou possibilité d'enfreindre les normes sans préjudices, vers la maladie, vécue comme constat d'un dommage physique potentiellement irréversible, qui peut être le catalyseur de la rémission au niveau physique et psychique. C'est ce que nous écrivions dans notre chapitre 5, à la première partie.

2. De l'anomalie à l'état pathologique. L'état pathologique est-il une variation quantitative, qualitative ou un état sui generis par rapport à l'état normal ?

Si le constat d'un dommage corporel conséquent des comportements anorexiques est bien le facteur d'une prise de conscience de l'état de malade du sujet, et la source d'un désir de rémission ; et si l'on a pu caractériser l'anorexie mentale comme une expérimentation extrême de la santé au sens défini par Canguilhem, il n'en demeure pas moins que le sujet *était malade avant que d'en être conscient*, et que cet état pathologique engageait à la fois des composantes physiques et psychiques. Il s'agit pour nous à présent de déterminer, sur la base de nos analyses antérieures, de quel ordre sont ces composantes, pour certaines présentes dès le stade de la « personnalité prémorbide », et en particulier si elles ne sont qu'une variation quantitative de l'état normal. Par conséquent, nous déterminerons si la rémission et la santé que celle-ci vise ne sont affaire elles-mêmes que de changements quantitatifs.

La conception du pathologique comme simple variation quantitative du normal est rapportée par Georges Canguilhem lorsqu'il explicite notamment le « principe de Broussais »⁶⁷¹ :

« Broussais [dans son traité *De l'irritation et de la folie*] reconnaît dans l'excitation le fait vital primordial. L'homme n'existe que par l'excitation exercée sur ses organes par les milieux dans lesquels il est forcé de vivre. » Or « 'cette excitation peut dévier de l'état normal et constituer un état anormal ou maladif' : ces déviations sont de l'ordre du défaut ou de l'excès. L'irritation diffère de l'excitation sous le seul rapport de la quantité. [...] Par exemple l'asphyxie par défaut d'air oxygéné prive le poumon de son excitant normal. Inversement, un air trop oxygéné 'surexcite le poumon d'autant plus fortement que ce viscère est plus excitable et l'inflammation en est la suite'. Les deux déviations, par défaut ou par excès, n'ont pas la même importance pathologique, la seconde l'emportant notablement sur la première : 'Cette seconde source de maladies, l'excès d'excitation converti en irritation, est donc beaucoup plus féconde que la première, ou le défaut d'excitation, et l'on peut affirmer que c'est d'elle que découlent la majeure partie de nos maux.' [...] La distinction entre le normal ou physiologique et l'anormal ou

⁶⁷¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, 11e édition « Quadrige », 3e tirage, 2011, II, « Auguste Comte et le 'principe de Broussais' », p. 19.

pathologique serait donc une *simple distinction quantitative*, à s'en tenir aux termes d'excès et de défaut. Cette distinction vaut pour les phénomènes mentaux comme pour les phénomènes organiques [...]. »⁶⁷²

En somme, c'est l'excès d'une excitation elle-même normale qui serait constitutif de la maladie. Le pathologique en ce sens ne créerait ni n'ajouterait rien aux éléments déjà présents dans l'état normal, mais en serait seulement une manifestation disproportionnée : « l'exagération, la disproportion, la désharmonie des phénomènes normaux constituent l'état maladif »⁶⁷³. Le phénomène pathologique ne possède par conséquent ni normes ni éléments constitutifs *sui generis*. Tous ses éléments ont leurs corrélats physiologiques, sous une forme atténuée (ou inversement agrandie), dans l'état normal : « Toute maladie a une fonction normale correspondante dont elle n'est qu'une expression troublée, exagérée, amoindrie ou annulée »⁶⁷⁴. Il y aurait donc une symétrie entre physiologique et pathologique, et rien ne se manifesterait dans le second qui n'aurait son homologue dans le premier. Ainsi l'état diabétique est-il conçu comme l'exagération d'une fonction physiologique régulière, à savoir une glycosurie normale et « infinitésimale »⁶⁷⁵ : « Cl. Bernard soutient que la glycosurie est un phénomène 'larvé et inaperçu' à l'état normal et que son exagération seule rend apparent »⁶⁷⁶. C'est en ce même sens que certaines infections sont le résultat de la présence, en trop grand nombre, de colonies de bactéries pourtant *normalement* présentes dans le microbiote intestinal : ces bactéries ne sont pas intrinsèquement malignes mais le deviennent lorsqu'elles se développent trop, étant insuffisamment limitées par la présence et l'action d'autres agents bactériens.

Ainsi, le pathologique doit être compris comme le déséquilibre et le dysfonctionnement – voire l'annulation d'une fonction – résultant eux-mêmes de l'exagération de phénomènes

⁶⁷² Ibid., p. 24. Nous soulignons.

⁶⁷³ Ibid., III, « Claude Bernard et la pathologie expérimentale », p. 36.

⁶⁷⁴ Ibid., p. 34, où Georges Canguilhem cite Claude Bernard [*Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, 1877, 9, 56].

⁶⁷⁵ Ibid., p. 35.

⁶⁷⁶ Ibid., p. 34.

physiologiques normaux. Il y a alors une « continuité entre le normal et le pathologique »⁶⁷⁷, la différence entre les deux états n'étant que de degrés.

La difficulté qui se posait pour nous était de savoir dans quelle mesure l'anorexie mentale se laissait adéquatement décrire, dans le cadre de cette théorie, comme l'*exagération* d'un rapport normal au corps et à soi-même, auquel cas cette psychopathologie nous indiquerait « en gros caractères » la nature de la normalité elle-même :

« C'est dans le pathologique, édition en gros caractères, qu'on déchiffre l'enseignement de la santé, un peu comme Platon cherchait dans les institutions de l'Etat l'équivalent agrandi et plus facilement lisible des vertus et des vices de l'âme individuelle. »⁶⁷⁸

Pour répondre à cette question, et conclure notre étude, il nous faut étudier distinctement les différents traits de la personnalité prémorbide, ainsi que leur devenir dans le processus anorexique, et nous demander quelles évolutions ces traits connaissent au cours de la rémission du sujet anorexique.

Voici donc quelques traits constitutifs de la personnalité anorexique prémorbide que nous allons analyser dans cette perspective :

- Discipline,
- Perfectionnisme et anxiété de performance,
- Alexithymie,
- Tendance à une perception déréalisée de soi et des phénomènes,

⁶⁷⁷ Ibid., p. 37.

⁶⁷⁸ Ibid., I, « Introduction au problème », p. 14.

- Propension à chercher à l'extérieur de soi des témoins ou confirmations de sa valeur intrinsèque,
- Anxiété sociale et stratégies évitantes,
- Hyperactivité physique et intellectuelle.

Nous avons soulevé dans notre introduction différentes questions, que nous pouvons reformuler ainsi :

- Ces traits de personnalité sont-ils intrinsèquement pathologiques ou proto pathologiques (réunis, ils formeraient un ensemble de conditions *nécessaires et suffisantes* à la formation de la psychopathologie) ou sont-ils pathologiques seulement lorsqu'ils sont portés à un certain degré de développement ? En ce dernier sens, ce serait seulement leur variation d'intensité (ou variation quantitative) qui les rendrait pathologiques, alors qu'ils sont présents à l'état normal sous une forme atténuée. Dans la première branche de l'alternative, en revanche, ces phénomènes sont une manifestation pathologique en rupture avec la normalité, ils n'apparaissent pas dans cette dernière à un degré inférieur mais y sont inexistant, et l'enjeu de la rémission est de les supprimer et de leur substituer d'autres traits de personnalité, d'autres dispositions psychologiques, affectives et physiques.
- Ces traits peuvent-ils être considérés indifféremment, comme un tout ? Sont-ils qualitativement comparables, ou certains peuvent-ils être intrinsèquement pathologiques (et donc à éliminer au cours de la rémission), tandis que d'autres ne sont pas nocifs à un degré inférieur (par suite, ceux-là ne seraient qu'à tempérer pour rééquilibrer la personnalité) ?

Les traits de la personnalité prémorbide semblent difficilement pouvoir fournir un modèle de normalité : ils sont certes antérieurs à l'apparition de l'anorexie mentale, mais à titre de facteurs

prédisposants. Ainsi, si l'on se bornait à revenir à ces traits de personnalité en ayant supprimé les symptômes anorexiques, on reviendrait à un état où le sujet n'est plus malade, mais où il continue à être enclin au développement de la maladie. Il suffirait alors que des circonstances externes suffisamment défavorables et anxiogènes soient réunies pour que le sujet rechute dans la psychopathologie. De plus, cet état se traduirait par des dispositions mentales encore largement perturbées, n'ayant pas radicalement dissocié la maigreur d'un état désirable, même si cette maigreur n'était plus activement recherchée, le *coût* disproportionné d'une telle recherche ayant été temporairement conscientisé. C'est ce que certains coachs des communautés numériques réunies autour du thème de la rémission⁶⁷⁹ des troubles des conduites alimentaires appellent le stade de la « *quasi recovery* », une rémission semi complète ou « quasi rémission » dans laquelle des pensées de type anorexique demeurent tandis que les comportements restrictifs et purgatifs ont disparu. On peut dire alors que la conduite du sujet en convalescence s'apparente à celle d'un *abstinent* dont les modes de pensée, les dispositions affectives, n'ont cependant pas été modifiés en profondeur.

Les cas de rechute dans l'anorexie mentale étant fréquents, on peut ainsi supposer qu'ils se produisent lorsque le processus de rémission a lui-même été incomplet, se bornant à « reparamétrer » le comportement alimentaire – par un reconditionnement à l'hôpital⁶⁸⁰, par exemple –, sans travail thérapeutique de fond sur les conditionnements psychiques du sujet. Si l'on considère l'anorexie mentale comme le résultat d'une rencontre entre des facteurs prédisposants et des facteurs déclencheurs, la normalité ne saurait être un simple retour aux facteurs prédisposants : ce serait dans ce cas un retour aux conditions *nécessaires mais non suffisantes* de l'anorexie mentale. Cela paraît difficilement satisfaisant, et il importe de déterminer, au-delà du stade de la *quasi recovery*, à quoi peut correspondre une rémission achevée générant de nouvelles normes d'existence capables de déclasser résolument celles des étapes antérieures. Ainsi, la normalité n'a selon nous pas sa norme dans l'état antérieur, et elle

⁶⁷⁹ Voir C. Rondepierre, « Que deviennent nos anorexiques « guéries » ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 33, no. 2, 2009, pp. 29-31.

⁶⁸⁰ Voir à ce sujet Philippe Jeammet, « Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale », *Psychologie française*, 29, 1984, p. 137-143.

doit nécessairement être déterminée à l'extérieur (1) de l'état antérieur, (2) de l'état anorexique, (3) de l'état transitoire même de la rémission.

Ici donc la thérapie n'a pas pour but de ramener le sujet à l'état antérieur dont il se serait écarté, comme c'est le cas dans la doctrine de Bichat rapportée par Canguilhem. Si, selon Bichat, « tout phénomène pathologique dérive de [l'augmentation, de la diminution ou de l'altération] » des « propriétés des corps vivants » « considérées dans leur état naturel », alors « tout phénomène thérapeutique a pour principe *leur retour au type naturel dont elles étaient écartées* »⁶⁸¹. La difficulté est que l'anorexie mentale ne correspond vraisemblablement pas à un simple *écart* quantitatif – augmentation, diminution –, ni même *qualitatif* – altération –, par rapport à un état naturel antérieur qui correspondrait à la santé. Cet état de « référence » ne semble pas avoir existé, mais s'être plutôt traduit par un ensemble de dispositions virtuellement susceptibles de basculer, sous certaines conditions, dans la psychopathologie. Rappelons à ce propos l'extrait de Marya Hornbacher que nous avons cité dans notre cinquième chapitre :

« Je n'avais pas de vie 'normale' à laquelle revenir. Pas d'expérience d'être 'saine' ou 'normale' dans mon rapport à la nourriture. »⁶⁸²

Le sujet anorexique n'a pas la mémoire d'un état d'équilibre, mais celle d'un état dysfonctionnel et conflictuel dans le rapport au corps, qui néanmoins ne s'était pas encore systématisé ni autonomisé dans des pratiques ritualisées à caractère addictif telles que les pratiques anorexiques et boulimiques. Ce qui précède cette mémoire d'un rapport toujours-déjà conflictuel au corps est de l'ordre de la petite enfance ou d'un moment de l'histoire du sujet où la conscience de soi et du corps était limitée. Ainsi, on peut avancer que l'anorexie mentale donne une forme *systématique* à un trouble du rapport au corps qui lui préexiste, et que la thérapie ne saurait avoir pour enjeu de ramener le sujet aux lois de l'expérience antérieure. La

⁶⁸¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 29. Nous soulignons.

⁶⁸² Marya Hornbacher, *Wasted*, Op. Cit., p. 193. Nous traduisons.

« proposition de Bichat : ‘Tout moyen curatif n’a pour but que de ramener au type qui leur est naturel les propriétés vitales altérées’ »⁶⁸³ ne nous semble pas pertinente dans le cas de l’anorexie mentale, sauf s’il faut entendre par « type qui leur est naturel » un état, non pas nécessairement antérieur, et dont la connaissance serait empirique, mais un état *idéal* qui resterait à définir et n’aurait pas encore été expérimenté. Cet état idéal n’en demeurerait pas moins difficilement réductible à des variations quantitatives de l’état pathologique : nous pensons qu’il procède de *mutations* qualitatives profondes de la personnalité.

Cela ne signifie pas pour autant que la normalité serait entièrement *ex nihilo* : toute la difficulté est de savoir *ce* qu’elle emprunte aux trois états mentionnés – (1) l’état antérieur, (2) l’état anorexique, (3) l’état transitoire de la rémission –, mais également *ce qu’elle ajoute* à ces trois états.

Prenons le trait de l’alexithymie. Nous avons vu dans nos analyses précédentes que l’alexithymie était contrecarrée, au moment déclencheur du processus de rémission, par une forme apparemment inédite, dans l’histoire du sujet, d’auto-empathie. En effet, nous évoquions un phénomène se produisant quelquefois chez les sujets anorexiques, qui les pousse à prendre conscience de l’absurdité et de l’absence de finalité réelle des mauvais traitements qu’ils s’infligent. Ce phénomène se produit à l’occasion d’un dommage physique que constate le sujet, par exemple à force de vomissements répétés : une déformation ou un œdème permanent du visage, une ulcération ou une infection, etc. Le fait de voir, pour la première fois, que le dommage est suffisamment réel et avancé pour devenir *tangible*, produit un choc chez le sujet qui s’aperçoit alors que son corps n’est pas invulnérable : le corps est corruptible, il n’est pas éternel. Or s’apercevoir que le corps est corruptible revient à inscrire plus largement son existence *dans le temps* et à prendre subitement conscience de sa finitude. Parce que l’existence se révèle soudainement dans des bornes fixées par le vieillissement et la mort, les mauvais traitements apparaissent eux-mêmes comme une souffrance absurde, injuste, qui a fait perdre

⁶⁸³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 30.

au sujet une partie non négligeable de la *seule vie* dont il disposait. Ainsi, on voit que le corps⁶⁸⁴ est le médium d'une sorte de révélation de sa propre existence au sujet : il est ce par quoi le sujet rompt avec la perception déréalisée qu'il avait de lui-même. Jusque-là, c'est comme si le sujet avait implicitement postulé que son existence n'avait pas de bornes, et ce parce que le corps lui-même ne semblait pas être *affecté* par les comportements anorexiques et boulimiques : « [...] la conscience du corps est donnée dans le sentiment des limites, des menaces, des obstacles à la santé »⁶⁸⁵. L'existence devient réelle parce que le corps lui-même se met à vaciller.

On ne peut alors sans doute pas, à proprement parler, dire que l'anorexie mentale est un « suicide » différé ni même prolongé⁶⁸⁶. Pour qu'il y ait suicide, encore faudrait-il qu'il y ait une conscience préalable de la réalité de l'existence à laquelle on cherche à mettre un terme. Or, pour le sujet anorexique, tout se passe comme si la vie n'était pas tout à fait prise au sérieux, ni le corps considéré comme fragile et périssable, jusqu'à ce que l'expérience d'autodestruction devienne suffisamment *extrême* pour mettre le fait même de la vie en évidence. L'auto-empathie qu'éprouve le sujet lorsqu'il constate enfin les préjudices causés par ses comportements autodestructeurs consiste alors en deux choses : (1) le corps n'est pas tout-puissant et il est corruptible (c'est ainsi un *vrai* corps) ; (2) la vie n'est pas infinie (c'est également une vraie vie, qui n'est pas suspendue dans le temps). Il n'y a qu'une vie : celle où le dommage physique est constaté avec effroi. Il n'existe pas de vie « au-delà » de cette vie présente et concrète, au-delà qui serait comme un recommencement « pur » fantasmé par le sujet anorexique. La vie a *déjà* commencé, et elle est impure au sens où la souffrance et les imperfections ne sauraient en être évacuées (comme n'en sont pas exclues les bornes fixées par

⁶⁸⁴ Voir à ce propos François Chirpaz, « Le corps, scène de l'existence », *Revue internationale de philosophie* n° 222, 2002/4, pp. 535-548.

⁶⁸⁵ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., IV, « Les conceptions de R. Leriche », p. 52.

⁶⁸⁶ Voir notamment S. Giordano, « Anorexia and Refusal of Life-Saving Treatment: The Moral Place of Competence, Suffering, and the Family » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2010 ; 17(2), pp. 143-154.

le principe de réalité)⁶⁸⁷. Ainsi, la torture anorexique apparaît comme une démarche qui avait bel et bien une finalité, autre que la mort (elle n'est pas un suicide) : elle était *préparatoire* pour la vie rêvée « d'après » :

« Avec le temps, il apparut que la maladie jouait un certain rôle. Ida pensait que son anorexie lui indiquait la voie du salut et que grâce à sa discipline surhumaine, elle réaliserait son secret espoir, à savoir, entrevoir le monde de l'au-delà. « Plus je perds de poids, plus je suis convaincue d'être sur la bonne voie. Je voulais apprendre à connaître ce qui existe au-delà de la vie ordinaire et ce qui se passe dans l'autre monde. Mon abstinence n'était qu'une *préparation* à recevoir des révélations extraordinaires et j'imitais en cela ce qu'ont fait les mystiques et les saints. », »⁶⁸⁸

La rémission peut commencer le jour où le sujet anorexique prend conscience qu'il n'y a ni « préparation » ni « vie d'après », que ce sont les deux termes caducs d'une même conception erronée, et qu'il n'y a de vie que celle où le corps périt lentement à force de restrictions et de purges auto-infligées.

Nous pensons que cette prise de conscience, absolument décisive, qui exhibe l'absence de finalité réelle des comportements autodestructeurs (par opposition à la finalité fantasmée qui les supportait jusque-là), rompt avec l'alexithymie pour ouvrir la possibilité au sujet anorexique, au cours de la rémission, d'être attentif à son corps et à ses signaux internes, de même qu'à ses émotions. Nous pouvons alors dire que l'alexithymie n'est pas un trait qui serait maintenu à un degré inférieur dans la rémission et dans la personnalité guérie, mais qu'au contraire ce trait doit en disparaître entièrement. L'alexithymie ne saurait être conservée sous une forme ténue : l'ex sujet anorexique doit être, davantage même que des sujets n'ayant jamais été anorexiques, constamment attentif à ce qui se passe en lui, faute de quoi il redeviendrait vulnérable à la

⁶⁸⁷ Voir notamment E. Martin-Hondros, « Anorexia Nervosa: The Illusion of Power, Perfection, and Purity »; *Philosophy in the Contemporary World*, 2004 ; 11(1), pp. 19-26.

⁶⁸⁸ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 160. Nous soulignons.

maladie ou à d'autres formes de troubles. Le produit *positif* de la guérison est une aptitude supérieure à percevoir les signaux corporels internes et à identifier ses émotions.

Une partie non négligeable du travail thérapeutique et du processus de rémission consiste en effet à *discerner* la nature des états d'angoisse vécus par le sujet, au lieu de chercher à assourdir de tels états par des comportements physiques violents. Si, comme nous l'avons vu au cours de nos recherches, un trouble anxieux est très fréquemment associé au développement de l'anorexie mentale, et si l'anxiété est particulièrement susceptible de réapparaître lorsque les comportements anorexiques et boulimiques s'effacent, *la solidité de la rémission est elle-même proportionnelle à la faculté d'auto-empathie du sujet* puisque c'est cette dernière qui permettra de débusquer les motifs de l'anxiété et d'en limiter l'aveugle répétition. Aucune rémission réelle n'est compatible avec la persistance, même atténuée, de l'alexithymie comme trait de caractère. La rémission est l'effort conscient et permanent que produit le sujet pour comprendre ce qui se passe en lui et la nature des émotions qui le traversent. Nous pensons que toute rémission qui se dispense de ce pénible effort est vouée à rester inachevée (*quasi recovery*).

L'analyse se complexifie sensiblement si nous considérons à présent, non pas un trait comme l'alexithymie, qui est consensuellement tenu pour négatif, mais la discipline, de même que le perfectionnisme et l'anxiété de performance, qui sont socialement valorisés – ou dont les conséquences, du moins, tendent à l'être. La difficulté est ici que, de même que la maigreur pouvait faire l'objet de commentaires dithyrambiques dans le vécu anorexique, les aptitudes à se discipliner, à se refuser des plaisirs, à ne pas se « laisser aller », à être intransigeant avec soi-même, etc., sont autant de traits susceptibles d'être enviés par l'entourage social du sujet anorexique en rémission. Pour cette raison, exactement comme les discussions féminines autour des régimes et de la perte de poids peuvent être dangereuses et doivent être évitées (ou vis-à-vis desquelles le sujet en rémission doit développer des stratégies de défense), le sujet doit ici s'émanciper d'une injonction sociale plus ou moins intensément ressentie à *rester* celui ou celle que les autres admiraient pour la vertu de discipline et de rigueur qu'ils lui prêtaient. Cela ne signifie pas, contrairement à ce qui se passait dans le cas de l'alexithymie, que la personnalité doive être transfigurée ni que le sujet doive développer le *contraire* de la discipline (comme

l'attention à soi et l'auto-empathie sont le contraire de l'alexithymie), soit par exemple une personnalité aboulique et irrésolue, incapable de se fixer des contraintes. Le sujet ne peut pas souhaiter partir de l'écueil d'une discipline tyrannique pour arriver au chaos d'une absence complète de discipline. Il ne s'agirait alors que du passage d'une espèce de dysfonctionnement à l'autre.

Le sujet peut être attaché à certaines de ses qualités, comprises dans sa personnalité prémorbide, et la rémission est alors *l'expérimentation* – qui peut durer plusieurs années – au sein de laquelle il doit déterminer la mesure dans laquelle ces qualités ne sont pas toxiques ni ne participent d'une vision délétère de lui-même. Il faut ainsi *désolidariser* certaines inclinations du caractère – ici la discipline – d'une certaine idée du soi – par exemple, l'idée que le soi n'est « rien » s'il n'accomplit pas telle ou telle performance. C'est non seulement la prédominance de telles inclinations qui doit être réévaluée – le sujet guéri se laisse moins unilatéralement définir par sa discipline et sa performance –, mais également le réseau d'idées et de conceptions du soi qui sont habituellement associées à ces inclinations – le sentiment que le sujet a de sa valeur et de sa dignité ne dépend pas de chaque performance particulière, et ainsi fluctue considérablement moins. Ainsi, nous voyons qu'au-delà de la simple optique des variations quantitatives de certains traits de personnalité, ce sont plutôt les croyances *sous-tendant* lesdits traits qui doivent être révisées. Si la tendance à la discipline doit être *quantitativement* réduite dans la personnalité, c'est en ce sens qu'elle est progressivement tempérée par un nouveau système de croyances et de conceptions du soi qui la transforment *qualitativement*. Une tendance à la performance anciennement vécue à travers un enjeu de pure survie narcissique et de sauvegarde de l'estime de soi peut être transformée en un plaisir de la performance ponctuelle vécue comme source de stimulation sans enjeu de validation narcissique. Ces considérations nous poussent à admettre que la personnalité ne saurait être conçue comme une *juxtaposition* ou somme de propriétés mutuellement extérieures qui pourraient varier en intensité, être supprimées ou ajoutées. Les propriétés du caractère prennent leur sens les unes par rapport aux autres et c'est à travers leurs relations que doivent se comprendre les mutations qui ont lieu lors du processus de guérison.

Notons qu'au début du processus de rémission, la situation s'apparente à une convalescence et à un repos prolongé, comportant notamment une cure de sommeil, en contrepartie évidente d'années de mauvais traitements dont le corps doit se rétablir. Le corps est ainsi *premier* et impose sa propre loi au sujet. En effet, le corps, une fois qu'il a entrepris un processus de réparation relatif à des années de carences de sommeil accumulées, « impose » ses propres impératifs ainsi que la durée nécessaire à une compensation complète. Par exemple, le sujet anorexique en rémission peut connaître, pendant plusieurs semaines voire mois, de fortes somnolences, des besoins récurrents de sommeil au cours de la journée, et ce pour la simple raison qu'il ne cherche plus à nier ses besoins corporels et qu'il a accepté de s'acquitter de sa dette de sommeil. C'est lorsque le sujet accepte de se reposer qu'il perçoit l'étendue de ses besoins, et non nécessairement avant. De ce fait, le sujet est en quelque sorte devancé par son corps et en passe obligatoirement par une phase transitoire où toute performance est compromise. Les ex-sujets anorexiques relatent en ce sens des expériences de rémission *dynamiques* où le fait de se remettre à l'exercice physique ainsi qu'à la performance intellectuelle n'est pas immédiat, le repos étant prioritaire. De plus, des mois voire des années d'expérimentations sont nécessaires pour que le sujet puisse engager des activités physiques et intellectuelles sans que celles-ci dégénèrent en performances malsaines où il repousse ses limites en ne prêtant aucune attention aux signes de fatigue, d'épuisement ou d'ennui. L'une des anciennes anorexiques que nous avons enquêtées évoquait ainsi sa capacité à « trier » les activités scolaires dans lesquelles elle s'engageait désormais, en éliminant l'apprentissage des matières « ennuyeuses », *choix* qu'elle n'aurait pas assumé avant. Ainsi la faculté de choix et l'autonomie – la capacité à agir d'après une règle d'action que l'on a soi-même déterminée – sont centrales dans la rémission.

Le pari des régimes – tels que les régimes « intuitive eating » et « all-in » – qui se développent de plus en plus sur les chaînes de rémission des troubles des conduites alimentaires, ou chez les coachs qui aident à la guérison, est que *l'absence de règles hétéronomes est en effet la solution*, et que c'est à partir d'elle seulement, et non à partir de contraintes dont la norme a été reçue du dehors, que peuvent se développer de nouvelles pratiques alimentaires équilibrées et ajustées au sujet.

Rappelons en quoi consistent ces deux exemples de régimes alimentaires (non au sens de régimes diététiques mais au sens de modes de fonctionnement alimentaires) :

- Le régime « intuitif » (*intuitive eating*) consiste principalement à s'alimenter d'après ses signaux internes de faim et de satiété, en tenant compte également du « facteur de satisfaction »⁶⁸⁹. Les règles de ce régime s'énumèrent comme suit : « 1) rejetez la mentalité du régime [...] »⁶⁹⁰ ; « 2) honorez votre appétit : gardez votre corps nourri biologiquement avec des aliments appropriés d'un point de vue énergétique et des glucides. Autrement, vous pouvez éveiller un instinct primitif de suralimentation. Une fois que vous avez atteint le stade de la faim excessive, toutes les intentions d'alimentation modérée et en pleine conscience deviennent vaines et inadéquates. Apprendre à honorer le premier signal biologique d'appétit est donc la condition à laquelle vous pourrez reconstruire votre confiance en votre corps et dans la nourriture »⁶⁹¹ ; « 3) Faites la paix avec la nourriture : [...] Donnez-vous une autorisation inconditionnelle à manger. Si vous vous dites que vous ne pouvez ou ne devez pas manger telle nourriture, cela peut mener à d'intenses sensations de frustration dégénérant elles-mêmes en fringales incontrôlables et, souvent, en boulimie (*bingeing*). Quand vous « céderez » finalement à la nourriture, l'acte de manger sera éprouvé avec une intensité telle qu'il vous conduira à un dernier repas excessif suivi d'une culpabilité

⁶⁸⁹ Toutes les citations qui suivent sont traduites par nous-même à partir des 10 principes du régime alimentaire « intuitif » répertoriés sur le site de référence « The Original Intuitive Eating Pros » : <https://www.intuitiveeating.org/10-principles-of-intuitive-eating/>. Nous nous référons ici au « Satisfaction Factor » qui sera réévoqué plus loin.

⁶⁹⁰ Ibid.: « Reject the Diet Mentality ». Nous traduisons.

⁶⁹¹ Ibid.: « Honor Your Hunger: Keep your body biologically fed with adequate energy and carbohydrates. Otherwise you can trigger a primal drive to overeat. Once you reach the moment of excessive hunger, all intentions of moderate, conscious eating are fleeting and irrelevant. Learning to honor this first biological signal sets the stage for rebuilding trust in yourself and in food. » Nous traduisons.

accablante »⁶⁹² ; « 4) Défiez les diktats alimentaires [...] »⁶⁹³ ; « 5) Découvrez le facteur de satisfaction : les Japonais ont la sagesse de compter le plaisir parmi les critères de la vie saine. Dans notre hâte de nous plier à la culture du régime (*diet culture*), nous négligeons souvent l'un des bénéfices les plus basiques de l'existence – le plaisir et la satisfaction qui peuvent être trouvés dans l'expérience de la nourriture. Quand vous mangez ce que vous désirez réellement, dans un cadre qui est agréable, le plaisir que vous éprouvez est une force puissante qui vous aide à vous sentir satisfaits et comblés. En vous donnant à vous-même cette expérience, vous découvrirez la juste quantité de nourriture nécessaire à ce que vous jugiez avoir obtenu « assez ». »⁶⁹⁴ ; « 6) Sentez votre satiété : [...] Soyez à l'écoute des signaux corporels qui vous indiquent que vous n'avez plus faim. Observez les signes qui montrent que vous êtes confortablement à satiété. Faites une pause en mangeant et demandez-vous si la nourriture est bonne, et à quel niveau est votre appétit. »⁶⁹⁵ ; « 7) Gérez vos émotions avec indulgence (*kindness*) : [...] Trouvez des manières de vous apaiser, de vous distraire de vos problèmes, et de les régler. L'anxiété, la solitude, l'ennui et la colère sont des émotions que nous éprouvons tous au cours de l'existence. Chacune a ses propres éléments déclencheurs, et chacune sa source de réconfort et de résolution. La nourriture ne réglera aucun de ces états

⁶⁹² Ibid. : « Make Peace with Food: Give yourself unconditional permission to eat. If you tell yourself that you can't or shouldn't have a particular food, it can lead to intense feelings of deprivation that build into uncontrollable cravings and, often, bingeing. When you finally "give in" to your forbidden foods, eating will be experienced with such intensity it usually results in Last Supper overeating and overwhelming guilt. » Nous traduisons.

⁶⁹³ Ibid. : « Challenge the Food Police ». Nous traduisons.

⁶⁹⁴ Ibid. : « Discover the Satisfaction Factor: The Japanese have the wisdom to keep pleasure as one of their goals of healthy living. In our compulsion to comply with diet culture, we often overlook one of the most basic gifts of existence—the pleasure and satisfaction that can be found in the eating experience. When you eat what you really want, in an environment that is inviting, the pleasure you derive will be a powerful force in helping you feel satisfied and content. By providing this experience for yourself, you will find that it takes just the right amount of food for you to decide you've had "enough.". » Nous traduisons.

⁶⁹⁵ Ibid. : « Feel your Fulness : [...] Listen for the body signals that tell you that you are no longer hungry. Observe the signs that show that you're comfortably full. Pause in the middle of eating and ask yourself how the food tastes, and what your current hunger level is. » Nous traduisons.

émotionnels. Elle pourra reconforter à très court terme, faire diversion à la douleur, ou même vous endormir. Mais elle ne résoudra pas le problème. En réalité, manger en réponse à une faim émotionnelle (*emotional hunger*) ne pourra que vous faire vous sentir plus mal à long terme. Vous devrez ultimement faire face à la source de l'émotion. »⁶⁹⁶ ; « 8) Respectez votre corps : acceptez votre constitution génétique. [...] Il est difficile de rejeter la mentalité du régime (*the diet mentality*) si vous êtes irréaliste et hypercritique quant à votre poids ou la forme de votre corps. [...] »⁶⁹⁷ ; « 9) Le mouvement – sentez la différence : oubliez l'exercice physique dictatorial. Soyez actif et sentez la différence. Déplacez l'attention sur la sensation de votre corps lorsqu'il est actif, au lieu de penser aux calories que vous brûlez. [...] »⁶⁹⁸ ; « 10) Honorez votre santé – la nutrition douce : Faites des choix alimentaires qui honorent votre santé et vos papilles tout en vous faisant vous sentir bien. [...] »⁶⁹⁹.

- Le régime « all-in » se distingue du précédent en ceci qu'il est plus souple et plus inclusif : tous les appétits doivent être satisfaits, même s'ils sont « émotionnels ». Là où le régime intuitif s'ordonne d'après un ensemble de règles – certes immanentes et « intuitives », c'est-à-dire dont la notion peut être trouvée en soi-même – visant à éviter que les aléas émotionnels débordent sur le comportement alimentaire, le régime « all-in » préconise de se nourrir dès que la sensation de faim apparaît, même si elle n'est pas strictement biologique. Ainsi, ce régime peut tolérer les excès alimentaires et les « faims » purement émotionnelles que le régime intuitif cherche à prévenir. Le pari du

⁶⁹⁶ Ibid. : « Cope with Your Emotions with Kindness : Find kind ways to comfort, nurture, distract, and resolve your issues. Anxiety, loneliness, boredom, and anger are emotions we all experience throughout life. Each has its own trigger, and each has its own appeasement. Food won't fix any of these feelings. It may comfort for the short term, distract from the pain, or even numb you. But food won't solve the problem. If anything, eating for an emotional hunger may only make you feel worse in the long run. You'll ultimately have to deal with the source of the emotion. » Nous traduisons.

⁶⁹⁷ Ibid. : « Respect Your Body: Accept your genetic blueprint. [...] . It's hard to reject the diet mentality if you are unrealistic and overly critical of your body size or shape. [...] . » Nous traduisons.

⁶⁹⁸ Ibid. : « Movement – Feel the Difference : Forget militant exercise. Just get active and feel the difference. Shift your focus to how it feels to move your body, rather than the calorie-burning effect of exercise. [...] . » Nous traduisons.

⁶⁹⁹ Ibid. : « Honor Your Health – Gentle Nutrition: Make food choices that honor your health and taste buds while making you feel good. [...] . » Nous traduisons.

régime n'en est pas moins qu'avec cette définition très inclusive de l'appétit qui « mérite » d'être satisfait, le sujet pourra à terme s'autoréguler et réduire l'apport alimentaire au point d'atteindre son « poids de forme », un poids sain qui peut être maintenu naturellement sans restriction ni effort.

La norme doit être immanente comme nous l'avons dit : interne au corps, et non socialement imposée. En ce sens la norme est nécessairement idiosyncrasique, singulière : elle n'est ni déterminée socialement, ni de l'ordre d'une loi biologique générale qui s'appliquerait indifféremment à tous les corps. Ce que mettent en évidence ces nouveaux régimes, c'est l'idée de la diversité irréductible des corps, des variations métaboliques comme de corpulence et de constitution musculaire. Ce qui vaut pour un corps ne vaut pas pour un autre ; chaque corps doit trouver son poids de forme qui n'est pas fixé par un indice de masse corporelle idéal, mais par l'expérience individuelle. Un corps qui serait en surpoids en vertu des mesures de l'IMC peut néanmoins être le corps au sein duquel l'individu se sentira guéri.

Ces régimes ne sont pas sans soulever certaines difficultés et certains débats parmi les communautés d'anorexiques-boulimiques en voie de rémission. On trouve une opposition entre les défenseurs d'une rémission qui ne serait pas exclusive de tout cadre et de toute discipline (dont les règles seraient partiellement reçues du dehors) et ceux d'une rémission dont la condition même de possibilité est l'absence d'hétéronomie et le fait de se donner une « autorisation inconditionnelle de manger » – « *give yourself unconditional permission to eat* ». Hilde Bruch évoque l'une de ses patientes l'ayant sollicitée pour obtenir un régime diététique lui garantissant une rémission sans excès de poids. Cette patiente souhaitait retrouver un poids normal tout en ayant la certitude qu'une fois qu'elle se remettrait à s'alimenter, elle obéirait toutefois à certaines règles et ne prendrait pas du poids de manière illimitée⁷⁰⁰. Cette dernière angoisse – celle de ne plus pouvoir s'arrêter de manger et de grossir une fois qu'est accepté le principe de la guérison – est présente chez presque tous les sujets anorexiques qui débutent leur rémission ; elle n'est d'ailleurs pas d'ordre exclusivement psychologique puisqu'elle est liée au phénomène dénommé « *extreme hunger* » (appétit extrême) qu'expérimentent tous les sujets qui se sont privés de manière radicale pendant des années. Le jeûne chronique, les

⁷⁰⁰ Hilde Bruch, *Conversations avec des anorexiques*, op. cit.

vomissements provoquent, à l'image des crises de boulimie à l'intérieur de l'expérience anorexique, l'équivalent de ces dernières à l'intérieur du processus de rémission : un appétit subjectivement perçu comme insatiable. Cet appétit correspond à la sensation d'un énorme trou interne qu'aucun repas « normal » ne saurait combler : ainsi, pendant les premiers mois d'une rémission, parfois seulement pendant les premières semaines, le patient ne parvient pas à faire trois repas équilibrés au cours de la journée. Le fait est aisément concevable biologiquement : il paraît peu réaliste de faire se succéder, sans phase transitoire, des années de dérèglements alimentaires et de privations inflexibles et des journées idéalement disciplinées composées de trois repas « sains ». C'est ainsi en réponse au phénomène de l'appétit « insatiable » (*extreme hunger*) que se construisent les régimes ultra permissifs qui n'imposent au sujet aucune règle si ce n'est celle de n'en avoir pas. Le fait de suivre un régime diététique au cours du processus de réalimentation, par contraste, ne tient pas compte de l'immense faim des anorexiques – consécutive des années d'affamement – et part davantage du principe que la guérison est *graduelle* et implique notamment de passer d'une discipline délirante, excessivement sévère et mortifère, à une discipline plus modérée. La difficulté de cette dernière méthode est qu'elle donne parfois au sujet anorexique le sentiment que la santé ne consiste qu'en une version « raisonnable » de la maladie elle-même : obéir à des règles alimentaires, qui soient seulement moins tyranniques et moins rigides. Ainsi, la santé semble bien n'être qu'une variation quantitative de la maladie, là où les régimes « intuitif » et « all-in » introduisent une vraie rupture dans le rapport au corps, puisque toute règle dictée au corps est supprimée au profit d'un fonctionnement où c'est le corps lui-même qui norme l'alimentation. On peut alors dire que la santé, dans la perspective de ces deux régimes, n'est pas une *moindre* discipline, mais un apprentissage de l'autonomie, une autonomie largement permise par l'écoute du corps, et qui change *qualitativement* la manière dont le sujet guéri se représente la discipline.

L'alternative conceptuelle qui formait le problème philosophique de la rémission et du critère de la normalité dans le cas de l'anorexie mentale était la suivante : la rémission consiste-t-elle à se débarrasser de certains traits tenus pour intrinsèquement nuisibles – ici la discipline –, ou revient-elle à maintenir ces traits sous une forme modérée – ici une discipline ramenée à certaines limites ? Nous pouvons à présent répondre. La rémission ne consiste pas en une méthode identique qui s'appliquerait indifféremment à toutes les caractéristiques de la personnalité prémorbide et anorexique. Dans le cas de l'alexithymie, nous voyons que la

rémission suppose une capacité du sujet à développer le *contraire* même de cette tendance : une aptitude à discerner les émotions ainsi que les signaux du corps. Une certaine présence à soi, non sur un mode intellectuel et rationnel, mais émotionnel et corporel, doit être développée en opposition nette avec cette coupure de soi qu'est l'alexithymie. Plus le sujet est présent à lui-même, plus il est capable de discerner jusqu'aux motifs de l'anxiété dont l'anorexie mentale constituait un ensemble de stratégies d'évitement. Ainsi, si l'anxiété apparaît « décuplée » à l'occasion de la rémission, il importe au sujet de la reconnaître et plus généralement d'accepter les émotions négatives qui le traversent et le constituent :

« Je lui expliquai que beaucoup d'anorexiques ne peuvent exprimer leur désespoir profond que lorsqu'ils sont presque guéris. »⁷⁰¹

La rémission révèle un vécu émotionnel très dense, refoulé par des années de comportements alimentaires compulsifs, et qui prenait tendanciellement, à travers ces derniers, la forme indifférenciée de l'anxiété. Le sujet en rémission doit peu à peu se familiariser avec lui-même et la variété des émotions qui l'ébranlent et définissent une partie de son rapport à l'existence. Sans cette réceptivité aux émotions et par suite leur conscientisation, la rémission reste superficielle. Par conséquent, la santé n'apparaît pas ici comme une variation quantitative d'un trait de la personnalité, mais comme son renversement. Dans le cas de la discipline et de l'hyper performance, nous pouvons dire de même que la santé ne semble être ni une variation quantitative – une discipline modérée –, ni une suppression pure et simple de la capacité du sujet à se discipliner. Il s'agit d'une transformation *qualitative* de l'aptitude à la discipline et à la performance, la « valeur » du sujet n'étant plus indexée sur ces dernières. En somme, la performance n'a plus la même signification ni ne remplit plus la même fonction narcissique dans la constitution du sujet. En effet, le sujet en rémission décorrèle le sentiment de sa propre valeur de la réalisation de chaque performance particulière. Du fait du développement d'un sentiment intrinsèque de sa valeur, le sujet peut en même temps devenir *autonome* et apprendre de lui-même la façon dont il doit s'alimenter. Le sujet apprend à agir d'après ses propres règles

⁷⁰¹ Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 155.

d'action : en l'occurrence, il accepte que son corps les lui enseigne. C'est le principe, comme nous l'avons vu, de certains régimes alimentaires de plus en plus répandus parmi les sujets anorexiques en rémission, même si leur mise en pratique n'est pas immédiate mais progressive.

En ce sens, si nous avons identifié le sujet anorexique, au cours de notre étude, à cet individu « fatigué d'être lui-même » dont parle Alain Ehrenberg, et dont nous pourrions penser au premier abord qu'il est fatigué d'avoir à être autonome, nous pouvons affirmer que c'est pourtant bien l'apprentissage d'une *réelle autonomie* qui est au cœur de la rémission. Cette autonomie, qui revient à une capacité du sujet à trouver en lui-même la norme de son comportement alimentaire comme la source de son sentiment de valeur, doit supplanter le mythe de la toute-puissance narcissique dont le revers est nécessairement dépressif.

L'individu fatigué d'avoir à entreprendre de devenir lui-même, évoqué par Ehrenberg, ne sait pas qui il est : il reçoit une injonction à accomplir une performance remarquée, mais son aliénation vient également de l'urgence qu'il éprouve à *se définir*. C'est cette urgence d'être une personne *définie*, accomplie, ainsi que l'angoisse de ne pas y arriver, qui font de l'anorexie mentale une stratégie possible de survie narcissique. Cette dernière, nous l'avons vu au cours de nos analyses, permet de produire un genre d'identité et d'obtenir par conséquent une reconnaissance sociale. Elle remédie superficiellement au besoin impérieux de se produire sur la scène publique, avec l'apparence du succès et de l'unicité. Néanmoins, le soi, la subjectivité véritable, restent fatalement étrangers à l'identité produite par la maigreur anorexique, en ceci que cette dernière procède d'une coupure du sujet avec ses propres émotions – une alexithymie aggravée. Ainsi, du fait de la pression que ressent l'individu moderne à *être quelqu'un*, il aboutit paradoxalement à cette personnalité « truquée »⁷⁰² qu'évoque Hilde Bruch, et à une nouvelle fatigue : celle de ne pas être soi. La rémission doit permettre à l'individu, selon une temporalité qui lui est propre, et d'après une série d'expérimentations et de ressources *internes*, de mieux déterminer, à l'image de ses besoins et désirs alimentaires, qui il est et quels sont ses désirs propres.

⁷⁰² Hilde Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, op. Cit., p. 179.

Corrélativement, nous pouvons désormais affirmer que le rapport sain au corps consiste à le régler sur des normes qui lui sont immanentes, sans que le sujet distorde de telles normes au profit d'un besoin de reconnaissance de sa subjectivité auquel il ne parviendrait pas à donner une autre issue. Le corps peut certes être modifié, comme il l'est dans la pratique sportive par exemple ou dans celle du tatouage : c'est, par essence, un corps *culturel*⁷⁰³. Mais cela n'implique pas nécessairement que ses besoins soient *niés*, ni qu'il devienne le porteur exclusif d'une identité conçue comme non reconnaissable ou invisible indépendamment de lui. S'il le devient, c'est le signe que cette identité elle-même est confuse et aveugle à sa vraie nature, qu'elle ne parvient pas à se connaître – notamment au moyen de la prise de conscience des émotions qui la constituent et l'agissent –, et qu'elle cherche alors dans le corps une image fixe de substitution. C'est ce travestissement du corps, issu de la douleur d'une ignorance relative du soi, qui est proprement pathologique. Le rapport normal au corps est exempt et libre d'une telle distorsion.

⁷⁰³ Nous rappelions, plus haut, avec Hegel, que l'homme modifie « intentionnellement » sa « figure naturelle », exactement comme il entreprend de modifier les choses extérieures. Le corps est ainsi toujours modifié, culturel : il ne demeure pas un corps purement biologique chez un être doué de conscience (un sujet). Cf. Hegel, *Cours d'esthétique*, op. cit., p. 45-46.

Bibliographie

- ❖ ADOLPHS, R., L. SEARS and J. PIVEN (2001). "Abnormal processing of social information from faces in autism." 15(5). J Cogn Neurosci 13(2): 232-40

- ❖ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; Washington, DC, 4th ed. TR. American Psychiatric Press, 2000 ;
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), 2013.

- ❖ ANNA, « Cartesian Bodies and Movement Phenomenology »; In *Sport, Ethics and Philosophy* (Official Journal of the British Philosophy of Sport Association), 2009; 3(1), pp. 66-74.

- ❖ ARNOLD, C., « Thoughts on DSM-V: Anorexia » ; *ED Bites*, 2010.

- ❖ BARBARAS, R., *Introduction à une phénoménologie de la vie* ; Paris, Vrin, 2008. ;
« Life, Movement and Desire », *Research in Phenomenology*, 38, 2008.

- ❖ BARON-COHEN, S., E. ASHWIN, C. ASHWIN, T. TAVASSOLI and B. CHAKRABATI (2009). "Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity.", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 364: 1377-83, p.1378.

- ❖ BAUDRILLARD, J., *L'Échange Impossible*, Paris, Éditions Galilée, 1999. ;

- *La société de consommation*, 1970, rééd. Gallimard, coll. Folio, 2008

- ❖ BEAUJOUR, M., « Electroconvulsivothérapie et Hypothèse convulsive : Soin, Construction de soi et Mythologies neuropsychiatriques », mémoire de M1, Lophiss-2, dir. Claude Debru (ENS), 2010.

- ❖ BELL, R. M., *Holy Anorexia*; Chicago and London, The University of Chicago Press, 1985.

- ❖ BERGSON, H., *Œuvres*, édition du Centenaire, Paris, PUF, 1959, *Essai sur les données immédiates de la conscience*

- ❖ BERMUDEZ JL, MARCEL A., EILAN N. (éditeurs), *The Body and the Self*; Cambridge, Massachussetts, A Bradford Book, The MIT Press, 1995.

- ❖ BERNARD, C., *Principes de la médecine expérimentale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1947.

- ❖ BERS, S. A., BLATT S. J., & DOLINSKY, A., « The sense of self in anorexia nervosa. A psychoanalytically informed method for studying self-representation », *Journal of American Psychoanalytic Association*, 52, 2004.

- ❖ BINSWANGER, L., *Mélancolie et manie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

- ❖ BRAY, A., « The Silence surrounding 'Ellen West': Binswanger and Foucault » ; *Journal of the British Society for Phenomenology*, 2001 ; **32**(2), pp. 125-146.

- ❖ BRÉCHON, G., « Évolution de deux cas d'anorexie mentale de l'adolescence », *Psychologie clinique et projective*, vol. 10, no. 1, 2004, pp. 89-111.

- ❖ BRUCH, H., *L'énigme de l'anorexie* [The golden cage. The enigma of anorexia nervosa], trad. Anne Rivière, Coll. Perspectives critiques, Presses Universitaires de France, Paris, 1979 ;

- « Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa », *Psychosomatic Medicine*, 24, 1962 ;
- *Conversations avec des anorexiques* [Conversations with anorexics], trad. Monique Manin, Editions Payot & Rivages, 2005 ;
- *Les Yeux et le Ventre. L'obèse, l'anorexique* (1975) Paris, Payot, 1977.

- ❖ BRUMBERG, J.J., *Fasting girls. The History of Anorexia Nervosa* ; Harvard University Press, Cambridge, 1988. Nous indiquons ici les pages de l'édition de poche, Penguin, 1989.

- ❖ BRUSSET, B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, éd. Dunot, Coll. « Psychismes », Paris, 2009

- L'Assiette et le miroir : l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent (1977) Toulouse, Privat, 1991.

- ❖ BULIK, C. M., REBA, L., SIEGA-RIZ, A. M., & REICHBORN-KJENNERUD, T., « Anorexia nervosa : Definition, epidemiology, and cycle of risk », *International Journal of Eating Disorders*, 37 (Supplément S2-9 ; discussion), S20-S21, 2005.

- ❖ BYNUM, C. W., « Fast, feast and flesh : The religious significance of food to medieval women », *Representations*, n° 11, 1985 ;

- *Holy Feast and Holy Fast. The Religious Significance of Food to Medieval Women* ; University of California Press, Berkeley, 1987.

- ❖ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, 11e édition « Quadrige », 3e tirage, 2011

- ❖ CARMAN, T., « The Body in Husserl and Merleau-Ponty », *Philosophical Topics*, 1999, 27, 2.

- ❖ CASH, T. F., & DEAGLE, E. A., III. The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorder*, 1997, 22(2)

- ❖ CASH, T., & GRASSO, K., « The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct », *Body Image*, 2, 2005, p. 199-203.

- ❖ CASTEL, P.-H., *L'esprit malade, Cerveaux, Folies, Individus*, Les Éditions d'Ithaque, Paris, 2009.

- ❖ CHABROL, H., « L'anorexie mentale de l'adolescente », *Développements*, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 29-38.

- ❖ CHAUVET, E., « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 68, no. 2, 2004, pp. 609-622.

- ❖ CHIRPAZ, F., « Le corps, scène de l'existence », *Revue internationale de philosophie* n° 222, 2002/4, pp. 535-548.

- ❖ CORCOS, M., DUPONT, M.-E., « Approche psychanalytique de l'anorexie mentale », *Nutrition clinique et métabolisme* 21 (2007) 190–200.

- ❖ CORCOS, M., *Le Corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*, Paris, Dunod, 2000 ;
- *Le Corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires* (2005), Paris, Dunod, 2011 ;
- *La terreur d'exister*, Paris, Dunod, 2013 ;
- « L'anorexie mentale », *Le Journal des psychologues*, vol. 234, no. 1, 2006, pp. 58-62.

- ❖ COURTY, A., Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale : impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger. *Psychology*. Université René Descartes - Paris V, 2013

- ❖ CRIQUILLION, S. éd., *Anorexie, boulimie. Nouveaux concepts, nouvelles approches*, Cachan, Lavoisier, « Les Précis », 2016

- ❖ DARMON, M., *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte, coll. « Poche », n° 270, 2008, 350 p. (réédition de l'ouvrage publié dans la collection Textes à l'appui/Laboratoire des sciences sociales en 2003) ;
- « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps », *Adolescence*, vol. t. 24 2, no. 2, 2006, pp. 437-452.

- ❖ DEMARET, A., « Chapitre VII. L'anorexie mentale », *Éthologie et psychiatrie. Suivi d'Essai de psychopathologie éthologique*, sous la direction de Demaret Albert, Englebert Jérôme, Follet Valérie. Mardaga, 2014, pp. 141-160.

- ❖ De ROSSI, P., *Unbearable Lightness, A story of loss and gain*, Great Britain, Simon and Schuster UK Ltd, 2011 (2010)

- ❖ DEJOURS, C., propos extraits du film « J'ai très mal au travail » (réalisateur Jean-Michel Carré, éditions Montparnasse).

- ❖ DELBRACCIO, M., « Le corps dans la psychiatrie phénoménologique », *L'information psychiatrique*, 2009/3 (Volume 85)

- ❖ DELEUZE, G., *Francis Bacon: Logique de la sensation*, Paris, Éditions du Seuil, 1981. ;

- Avec PARNET C., *Dialogues*; Paris, Flammarion, 1977.

- ❖ DIDI-HUBERMAN, G., *Phasmes, Essais sur l'apparition* ; Paris, Les Éditions de Minuit, 1998. Cf. « Disparates sur la voracité », *Po&sie*, n° 58, p. 32-42.

- ❖ EHRENBERG, A., *La fatigue d'être soi*, Dépression et société, Paris, Odile Jacob, 2000 [1998]

- ❖ ELIAS, N., *La société des individus* [Die Gesellschaft der Individuen], trad. Jeanne Étoré, Paris, Coll. Pocket Agora, Editions Fayard, 1997 [1987].

- ❖ FAILLER, A., « Appetizing Loss: Anorexia as an Experiment in Living », *Eating*

Disorders, 2006 ; 14 : 99-107.

- ❖ FAIRBURN, C. G., & HARRISON, P. J., « Eating disorders », *The Lancet*, 361(9355), 2003, p. 407-416.
- ❖ FARRELL, E., *Lost for words : The psychoanalysis of anorexia and bulimia*, London, Process Press, 1995.
- ❖ FISCHBACH, F., « Présentation : la théorie de l'aliénation », Introduction aux *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*, K. Marx, Paris, Librairie Philosophique J. VRIN, 2007.
- ❖ FRANÇOIS, A., et RIQUIER, C., *Annales bergsoniennes, VIII. Bergson, la morale, les émotions*. Presses Universitaires de France, 2017.
- ❖ FREUD, S., *Deuil et mélancolie* (1917), Paris, Editions Payot & Rivages, 2011, trad. Aline Weill ;
 - *Le Malaise dans la culture*, Flammarion, Paris, 2010 [1930] ;
 - « Un trouble de mémoire sur l'Acropole », M. Robert (trad.), in *Résultats, idées, problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1985 ;
 - *Au-delà du principe de plaisir*. Presses Universitaires de France, 2013 ;
 - *Leçons d'introduction à la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, 2013 ;
 - *Inhibition, symptôme et angoisse*. traduit de l'allemand par Doron Joël, traduit de l'allemand par Doron Roland. Presses Universitaires de France, 2011 ;
 - *La technique psychanalytique*. Presses Universitaires de France, 2013.

- ❖ FUCHS, T., « The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression », *Journal of Phenomenological Psychology*, 33 : 223-43, 2003.

- ❖ GAILLARDA, R., GOURIONB, D., LLORCAC, P.M., « L'anhédonie dans la dépression », *L'Encéphale*, Volume 39, Issue 4, September 2013, Pages 296-305.

- ❖ GAL B., MORO M.-R., « Rejet et fascination du corps. Aspects psychiques et transculturels », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* n° 1, 2007/1, pp. 101-111.

- ❖ GALLAGHER, S., *How the Body Shapes the Mind*, Oxford, Oxford University Press, 2005. ; *Lived body and environment*, *Research in Phenomenology*, 1986 ; 16

- ❖ GARRETT, C., *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

- ❖ GHAEMI, S. N., « Feeling and time : The phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy », *Schizophrenia Bulletin*, 33, no° 1 : 122-30, 2007.

- ❖ GODART, C., BLANCHET, I., LYON, J., WALLIER, M. CORCOS, *Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence*, EMC (2009) 10-308-D-10 Endocrinologie – Nutrition

- ❖ GODIN, L., Saisir l'anorexie par le corps : de la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, 2014, 27 (1), 31–47.

- ❖ GOLDIE., P. « Emotions, feelings and intentionality », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1, 2002.

- ❖ GOLDSTEIN, K., *La structure de l'organisme* (1951); trad. Dr E. Burckhardt et Jean Kuntz, Paris, TEL Gallimard, 1983. [*Der Aufbau Des Organismus*].

- ❖ GORDON, C. M., DOUGHERTY, D. D., FISHMAN, A. J., EMANS, S. J., GRACE, E., LAMM, R., et al., « Neural substrates of anorexia nervosa : A behavioral challenge study with positron emission tomography », *Journal of Pediatrics*, 139(1), 2001, p. 51-57.

- ❖ GUILBAUD, O., BERTHOZ, S., DE TOURNEMIRE, R., & CORCOS, M., « Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires », *Annales Medico-Psychologiques*, 161, 2003, p. 634-639.

- ❖ GUILLEN, F., « L'anorexie mentale : symptôme ou acting-out ? », *Psychanalyse*, vol. n° 5, no. 1, 2006, pp. 59-69.

- ❖ HACKING, I., *Les fous voyageurs*, trad. Françoise Bouillot, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, 2002. ;

- *Rewriting the soul : Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

- ❖ HALBAN, E., *Perfect: Anorexia and me*; Londres, Vermilion, 2009.

- ❖ HAROCHE, M.-P. (dir.), *L'âme et le corps. Philosophie et Psychiatrie*; Paris, Plon, 1990.

- ❖ HEGEL, *Cours d'esthétique* (1818-1829), t. I, Introduction [1842], trad. J.-P. Lefebvre et V. von Schenk, Aubier, coll. « Bibliothèque philosophique », 1995.

- ❖ HENRY, M. *Philosophie et phénoménologie du corps. Essai sur l'ontologie Biranienne* ; Paris, Presses Universitaires de France, 1965.

- ❖ HERHOLZ, K., « Neuroimaging in anorexia nervosa », *Psychiatry Research*, 52, 1996, p. 105-110.

- ❖ HERZOG, D. B., GREENWOOD, D. N., DORER, D. J., FLORES, A. T., EKEBLAD, E. R., RICHARDS, A., et al., « Mortality in eating disorders : A descriptive study, *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 2000.

- ❖ HORNBACHER, M., *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia* ; New York, Flamingo, 1998.

- ❖ HUMBOLDT, W., Extrait du §14 de l'*Introduction à l'œuvre sur le kavi, et autres essais*, traduction et introduction de P. Caussat, Paris, Editions du Seuil, 1974.

- ❖ HUSSERL, E., *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures* (1952). Livre Second. *Recherches phénoménologiques pour la constitution* ; trad. Eliane Escoubas, Paris, Presses Universitaires de France, 1982. [*Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*]. ;

- *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendentale* (1954), trad. Gérard Granel, Paris, Editions Gallimard, 1976. [*Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie: Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*].

- ❖ JACINTA, ANNE et RAY, « Competence to Make Treatment Decisions in Anorexia Nervosa: Thinking Processes and Values » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2006 ; 13(4), pp. 267-282.

- ❖ JACOBSON, K., « The interpersonal expression of human spatiality. A phenomenological interpretation of Anorexia Nervosa », *Chiasmi International*, 8, 2007.

- ❖ JEAMMET, P., « Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale », *Psychologie française*, 29, 1984, p. 137-143.

- « Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur

- heuristique du concept de dépendance », *Confrontations psychiatriques*, 31, 1989, p. 179-202.
- « Chapitre 8. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : l'évolution des conceptions et ses incidences sur la métapsychologie », André Passelecq éd., *Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême*. De Boeck Supérieur, 2006, pp. 95-108.
 - « Les troubles des conduites alimentaires », in Chabert C. (dir.) *Traité de psychopathologie de l'adulte. Psychopathologie des limites* Paris, Dunod, 2009, p. 147-192.
 - « Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie », (1991), *La Boulimie*. Monographie de la Revue française de psychanalyse Paris, Puf, 1997, p. 81-104.
- ❖ JASPERS, K., *Psychopathologie générale*, Bibliothèque des introuvables, Coll. « Psychanalyse », Paris, 2000.
- ❖ VOLLMANN, J., « "But I Don't Feel It": Values and Emotions in the Assessment of Competence in Patients with Anorexia Nervosa » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2006 ; **13**(4), pp. 289-291.
- ❖ KAFKA, F., *Un artiste de la faim. A la colonie pénitentiaire et autres récits*, trad. nouvelle, préface et notes de Claude David, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1990 ;
- *Lettre au père*, trad. Marthe Robert, Paris, Ed. Gallimard, 1957. Texte extrait du recueil *Préparatifs de noce à la campagne* (L'Imaginaire n°158).
- ❖ KAYE, W., « Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa », *Physiology and Behavior*, 94(1), 2008.

- ❖ KAYE, WH, WIERENGA, CE., BAILER, UF., SIMMONS, AN., BISCHOFF-GRETHER, A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends Neurosci.* 2013;36(2):110-120. doi:10.1016/j.tins.2013.01.003

- ❖ KENNEDY, R. « Becoming a subject : Some theoretical and clinical issues », *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 2000.

- ❖ KNIBIEHLER, Y., « Corps et cœurs », in G. Duby, M. Perrot (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, Plon, Paris, 1991.

- ❖ KOJEVE, A., *Introduction à la lecture de Hegel : Leçons sur la Phénoménologie de l'Esprit professées de 1933 à 1939 à l'École des Hautes Études*, Paris, Gallimard, 1980.

- ❖ LACAN, J., « La direction de la Cure et les Principes de son Pouvoir » [1958], in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966 ;
- Les complexes familiaux dans la formation de l'individu, Paris, Navarin, 1984 ;
- « Le Stade du Miroir comme Formateur de la Fonction du Je », In *Écrits*, Paris, Seuil, 1996 ;
- *La Relation d'Objet. Séminaire IV*, Paris, Éditions du Seuil, 1998.

- ❖ LASK, B., GORDON, I., CHRISTIE, D., FRAMPTON, I., CHOWDURY, U., & WATKINS, B., « Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, 37, 2005, p. 549-551.

- ❖ LAURU, D., « La dépersonnalisation, le douter d'exister ? », *Figures de la psychanalyse*, 2004/1 (n°9) ; pp. 87-95.

- ❖ LAZARATOU, H., et Dimitris C. ANAGNOSTOPOULOS. « Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale », *Psychothérapies*, vol. 26, no. 1, 2006, pp. 21-25.

- ❖ LEBLE, N., RADON, L., RABOT, M., GODART, N., *Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs*, *L'Encéphale*, Volume 43, Issue 1, 2017, Pages 62-68.

- ❖ LEDER, D., *The Absent Body* ; Chicago, University of Chicago Press, 1990.

- ❖ LEGRAND, D., « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa » ; *Neuropsychologia*, 2010 ; 48, pp. 726-737;
- « Ex-Nihilo: Forming a Body out of Nothing »; *Collapse. Special Issue on Culinary Materialism* Vol. VII, 2011 ; pp. 499-558 ;
- « Objects and Others in Anorexia Nervosa »; *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, Press, 2011;
- « The bodily self. The sensori-motor roots of pre-reflexive self-consciousness » ; *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 5, 2006 ;
- « Pre-reflective self-as-subject from experiential and empirical perspectives » ; *Consciousness and Cognition*, 16, 2007;
- « Naturalizing the acting self : subjective vs. anonymous agency » ; *Philosophical Psychology*, 20, 2007;

- « Subjectivity and the Body : Introducing basic forms of self-consciousness » ; *Consciousness and Cognition*, 16, 2007;
 - « Two senses for "givenness of consciousness". Commentary on Lyyra » ; *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8, 2009;
 - "Objects and others: Diverting Heidegger to conceptualize anorexia", PPP, Vol. 19, No. 3, septembre 2012;
 - Le soi corporel, *L'Evolution psychiatrique* 70 (2005) ; « Phenomenological dimensions of bodily self-consciousness », *Oxford Handbook of the Self*, 2010.
-
- ❖ LEMOINE, M., « La définition des « troubles mentaux ». Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine », *L'enseignement philosophique*, vol. 62e année, no. 2, 2012, pp. 58-70.
 - « Cinq éclaircissements sémantiques et syntaxiques du concept de guérison », Nathalie Dumet éd., *Soigner ou guérir ?* Érès, 2010, pp. 19-34.
-
- ❖ LESTER, R.J., « The (dis)embodied self in anorexia nervosa » ; *Social Science and Medicine*, 1997, 44, 4, pp. 479-489.
-
- ❖ LIU, A., *<Gaining> the truth about life after eating disorders*; New York, Warner Books, 2007.
-
- ❖ MAÎTRE, J., *Anorexies religieuses et anorexie mentale*, Essai de psychanalyse sociohistorique, de Marie de l'Incarnation à Simone Weil, Paris, Ed. du Cerf, coll. « Sciences humaines et religions », 2000 ;

- « Sainte Catherine de sienne : patronne des anorexiques ? », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, vol. 2, no. 2, 1995, pp. 6-6 ;
- « L'anorexie : mysticisme, spectacle, maladie », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, vol. 28, no. 9, 2012, pp. 21-21.

- ❖ MALABOU, C., *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Bayard, Paris, 2007 ;

- « Souffrance cérébrale, souffrance psychique et plasticité », *Études*, vol. tome 414, no. 4, 2011, pp. 487-498.

- ❖ MARINOV, V., *L'anorexie, une étrange violence* ; Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

- ❖ MARTIN-HONDROS, E., « Anorexia Nervosa: The Illusion of Power, Perfection, and Purity »; *Philosophy in the Contemporary World*, 2004 ; **11**(1), pp. 19-26.

- ❖ MAHOWALD MB., « To Be or Not Be a Woman: Anorexia Nervosa, Normative Gender Roles, and Feminism » ; *Journal of Medicine and Philosophy*, 1992 ; **17**(2), pp. 233-251.

- ❖ MARZANO, M., « Qui suis-je ? Que puis-je ? », *Le Télémaque* n° 25, 2004/1, p. 61 à 72. ;

- *Légère comme un papillon*; trad. Camille Paul, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 2012. [*Volevo Essere Una Farfalla*]. ;

- *Je consens, donc je suis...*; Paris, Presses Universitaires de France, 2006. ;
- *La philosophie du corps*; Paris, Presses Universitaires de France, 2007.

- ❖ MASSIMO et WISSIA, « Hunger, Repletion, and Anxiety » ; *Angelaki: Journal of the Theoretical Humanities*, 2011 ; **16**(3), pp. 33-37.

- ❖ MATSUMOTO, R., KITABAYASHI, Y., NARUMOTO, J., WADA, Y., OKAMOTO, A., USHIJIMA, Y., et al., « Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the recovery process of anorexia nervosa », *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(7), 2006, p. 1265-1270.

- ❖ MCDOUGALL, J., « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 68, no. 2, 2004, pp. 511-527 : 12.

- ❖ MERAND, M., « L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même », *Implications Philosophiques*, revue en ligne, Avril 2019. ;

- « La dépersonnalisation comme suspension de la liberté ? », *Implications Philosophiques*, revue en ligne, 6 mars 2017 ;
- « Un cas de psychopathologie paradigmatique de l'addiction : l'anorexie mentale », « Penser les addictions », *Implications Philosophiques*, revue en ligne, 2016 ;
- Avec LEMOINE, M., « L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? », article accepté par la revue des *Annales médico-psychologiques*, à paraître en 2021 ;
- « Dossier – Philip Roth », *Implications Philosophiques*, revue en ligne, publié le 22 octobre 2020.

- ❖ MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception* ; Paris, Tel Gallimard, 1945. ;
- « Les relations avec autrui chez l'enfant », Centre de Documentation Universitaire, 1951, In *Merleau-Ponty à la Sorbonne. Résumé de cours 1949-1952*, Grenoble, Editions Cynara, 1988

- ❖ MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., & BAKER, L.; *Psychosomatic families : Anorexia nervosa in context*, Boston, Harvard University Press, 1978.

- ❖ MITCHELL, J., « Anorexia: Social World and the Internal Woman »; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2001 ; **8**(1), pp. 13-15.

- ❖ MORENO, SILVIA et al. “Food Cravings Discriminate between Anorexia and Bulimia Nervosa. Implications for ‘Success’ versus ‘Failure’ in Dietary Restriction.” *Appetite* 52.3 (2009): 588–594. Web.

- ❖ NEBREDÁ, D., *Autoportraits*, Paris, Éditions Léo Scheer, 2000. ;
- *Sur la Révélation*, Paris, Éditions Léo Scheer, 2006.

- ❖ NEGARESTANI, R., *Cyclonopedia : Complicity with Anonymous Materials*, Melbourne, 2008.

- ❖ NIETZSCHE, F., *Le Gai Savoir*, Paris, Ed. Gallimard, 1982, trad. Pierre Klossowski ;

- Ainsi parlait Zarathoustra, trad. Geneviève Bianquis, Paris, Aubier, 1968 ;
- Par-delà le Bien et le Mal, trad. Geneviève Bianquis, Paris, Aubier, 1963

- ❖ OGDEN, T. H., « La crainte de l'effondrement et la vie non vécue », *L'Année psychanalytique internationale*, vol. volume 2015, no. 1, 2015, pp. 17-40 ;
- « Lire Loewald : Œdipe revisité », *L'Année psychanalytique internationale*, vol. volume 2007, no. 1, 2007, pp. 45-60 ;
- "Kafka, Borges, and The Creation of Consciousness, Part I: Kafka—Dark Ironies of the "Gift" of Consciousness", *The Psychoanalytic Quarterly*, 2009, 78:2, 343-367.

- ❖ OLIEVENSTEIN, C., *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, Opera Mundi, 1977.

- ❖ OUELLET-COURTOIS, C., « Troubles alimentaires et enjeux féministes », *Tribune*, 16 avril 2018.

- ❖ PELLUCHON, C., « Approches croisées de la phénoménologie et du féminisme dans l'appréhension de l'anorexie », dans JFAB (International Journal of Feminist Approaches to Bioethics), Special issue on Just Food, vol. 8, 2, 2015, p. 70-85.

- ❖ PITRES, A. La psychasthénie. In: *L'année psychologique*. 1903 vol. 10. pp. 284-295.

- ❖ POMPILI, M., MANCINELLI, I., GIRARDI, P., RUBERTO, A., & TATARELLI, R., « Suicide in anorexia nervosa : A meta-analysis », *International Journal of Eating Disorders (John Wiley)*, 36(1), 2004.

- ❖ POSTEL, J., « Introduction à l'histoire de la psychiatrie » in *Traité de psychiatrie* ; Éditions Flammarion, Paris, 2005.

- ❖ POTIER, R. « L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale », *Champ psychosomatique*, vol. 52, no. 4, 2008, pp. 17-29.

- ❖ PROBST, M., VANDEREYCKEN, W., VANDERLINDEN, J., & Van COPPENOLLE, H., « The significance of body size estimation in eating disorders : Its relationship with clinical and psychological variables », *International Journal of Eating Disorders*, 24, 1998, p. 167-174.

- ❖ RIGAU-MENSION, E., *Aristocrates et grands bourgeois*, Chapitre 5 : « Le savoir-vivre », Paris, Editions Plon, 2007 [1994]

- ❖ RONDEPIERRE, C., « Que deviennent nos anorexiques « guéries » ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 33, no. 2, 2009, pp. 29-31.

- ❖ ROTH, P., *Exit le fantôme* [*Exit Ghost*, 2007], Paris, Gallimard, 2009, trad. Marie-Claire Pasquier

- ❖ ROUX, H., CHAPELON, E., GODART, N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 2013 Apr;39(2):85-93

- ❖ SACHDEV, P., MONDRATY, N., WEN, W., & GULLIFORD, K., « Brain of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images : An FMRI study », *Neuropsychologia*, 46, 2008, p. 2161-2168.

- ❖ SALADINI, O., LUAUTE, J.-P. Dépersonnalisation. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-125-A-10, 2003.

- ❖ SARTRE, J.-P., *L'être et le Néant* ; Paris, Tel Gallimard, 1943.

- ❖ SEEGER, G., BRAUS, D., RUF, M., GOLDBERGER, U., & SCHMIDT, M., « Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa – a functional magnetic resonance imaging study », *Neuroscience Letter*, 326, 2002, p. 25-28.

- ❖ SHEILA, « Sublime Hunger: A Consideration of Eating Disorders beyond Beauty » ; *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 2003 ; **18**(4), pp. 65-86.

- ❖ SHORTER, E., « The first great increase in anorexia nervosa », *Journal of Social History*, n° 21, 1987.

- ❖ SIDELLA, R., « Anoressia e mimesi secondo René Girard » ; *Rivista Internazionale di*

Filosofia e Psicologia, 2011 ; 2(1), pp. 66-73.

- ❖ GIORDANO, S., « Anorexia and Refusal of Life-Saving Treatment: The Moral Place of Competence, Suffering, and the Family »; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2010 ; 17(2), pp. 143-154. ;
- « The Fisherman and the Assassin: Reflections on Anorexia Nervosa »; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2010 ; 17(2), pp. 163-167.
- ❖ SKRZYPEK, S., WEHMEIER, P. M., & REMSCHMIDT, H., « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review », *European Child Adolescent Psychiatry*, 10(4), 2001.
- ❖ BROOKMAN, R., “Starving to Death in a Sea of Objects”. The Anorexia Nervosa Syndrome, Sours JA. Jason Aronson, New York (1980), 443 pp., ISBN: 0-87668-426-6, 1983.
- ❖ TATOSSIAN, A., *La Phénoménologie Des Psychoses*, Paris, L'art Du Comprendre, 1997.
- ❖ GRISSE, T., & APPELBAUM, P., « Appreciating Anorexia: Decisional Capacity and the Role of Values » ; *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2006 ;13(4), pp. 293-297.

- ❖ TROUESSIN, M., ROLLAND, B., SESCOUSSE, G., « Les addictions, une équation à trois inconnues » (2018), « Penser les addictions », revue en ligne *Implications Philosophiques*.

- ❖ TURCQ, A., *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie*. 2016. ffdumas-01473629

- ❖ VERMOREL, H., et VERMOREL, M., « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 65, no. 5, 2001, pp. 1537-1549.

- ❖ VIBERT, S. « Clinique de l'anorexie mentale », Sarah Vibert éd., *Les anorexies mentales*. Presses Universitaires de France, 2015, pp. 7-17.

- ❖ VIBERT, S., et CHABERT, C., « Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. vol. 52, no. 2, 2009, pp. 339-372.

- ❖ WALDENFELS, B., « Bodily experience between selfhood and otherness » ; *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3, 2006.

- ❖ WELTON, D, « Soft, Smooth hands: Husserl's phenomenology of the lived-body » ; In *The Body, Classic and contemporary readings*, Oxford, Blackwell Publishers, 1999 ;
- « Affectivity and Body: Prolegomena to a Theory of Incarnate Existence », revised

version of a lecture given in the Philosophy Department, Northwestern University, April 2, 2004.

- ❖ WESTPHAL, M., « The Prereflective Cogito as Contaminated Opacity » ; *The Southern Journal of Philosophy*, Vol. XLV, Supplement, 2007.
- ❖ ZAHAVI, D., « Husserl's Phenomenology of the Body » ; *Études Phénoménologiques*, 19, 1994.
- ❖ ZUCKER, N. L., M. LOSH, C. M. BULIK, K. S. LABAR, J. PIVEN and K. A. PELPHREY (2007). "Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes." *Psychol Bull* 133(6): 976-1006
- ❖ « The Original Intuitive Eating Pros »: <https://www.intuitiveeating.org/10-principles-of-intuitive-eating/>
- ❖ International Conference on Eating Disorders 25-28 avril 2002, Boston.

Annexe n°1 : questions d'entretiens avec des sujets anorexiques ou ex-anorexiques

Les réponses sont anonymisées dans ma thèse, sauf si vous souhaitez être nommée. Je peux utiliser les réponses, par extraits, dans certains textes destinés à une publication.

Questions générales :

- 1) Pouvez-vous décrire le ou les type(s) de trouble du comportement alimentaire que vous avez / avez eu(s) ? Anorexie mentale restrictive (restriction calorique) / mixte (*binge-purge type* : associée à une boulimie, des vomissements ? l'usage de laxatifs ? l'exercice sportif excessif ?) ?
- 2) Pouvez-vous décrire la chronologie de vos TCA, dans le cas où vous avez / avez eu plusieurs formes du trouble ? Y a-t-il un « commencement » selon vous ?
- 3) Diriez-vous que la « compulsion » en jeu dans les comportements addictifs alimentaires est irrépressible ? Peut-on se retenir de faire une crise de boulimie, par exemple ?
- 4) Si vous avez fait de la boulimie, pourriez-vous décrire l'état qui précédait / précède une crise de boulimie ? Ses éventuels facteurs déclencheurs ?

Dans le cas d'une démarche de rémission en cours ou accomplie :

- 5) Pouvez-vous identifier le moment où vous avez décidé de vous soigner ? Quelles ont été vos pensées ? Vos raisons ? Vos émotions ?

- 6) Avez-vous sollicité une aide extérieure ? Si oui, laquelle ?
- 7) Avez-vous pris des médicaments ? Si oui, lesquels ?
- 8) Pensez-vous que la gravité du trouble a été sous-estimée (a) par vous-même quand vous étiez malade, (b) par vos proches si vous les avez informés ?
- 9) Aviez-vous des symptômes physiques de guérison ? Des phénomènes psychologiques particuliers ?
- 10) Avez-vous cherché à redevenir celle que vous étiez avant votre expérience des TCA pendant la rémission ? Cette question a-t-elle du sens à vos yeux ?
- 11) Pensez-vous que l'on peut entièrement guérir d'un TCA ?

Rapports entre TCA et travail :

- 12) Faites-vous un lien entre anorexie mentale et réussite scolaire ou accomplissement professionnel ? Si oui, lequel ?
- 13) Avez-vous un désir de succès important ?

Anorexie mentale et intersubjectivité :

- 14) Quel regard portez-vous sur la maigreur ?
- 15) Quel est selon vous le regard social porté sur la maigreur ?
- 16) Selon vous, quel discours le corps anorexique adresse-t-il au jugement social ?