

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MENTOURI DE CONSTANTINE
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET SCIENCES DE L'EDUCATION**

Année/ 2009

N°/

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère
en psychologie clinique**

**LES EXPRESSIONS DE LA SEXUALITE DE
L'ADOLESCENTE ANOREXIQUE A TRAVERS LE
PROTOCOLE DU RORSCHACH**

Réalisé par : Melle. DEHANE Amel

**Directeur de projet :
Pr. MALIM Salah**

**Jury :
Pr. KERBOUCHE Abdelhamid président
Dr. ABOUD Hayette membre
Dr. BOUCHLOUKHE Mahfoud membre**

Année universitaire : 2008/2009

DEDICACES.

Il est temps à présent de remercier mes proches : ceux qui m'accompagnent depuis le début et qui m'accompagneront pour la suite.

Tout d'abord, je remercie mes chers parents pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis toujours, tant au niveau affectif qu'intellectuel. Merci pour votre patience, pour votre aide, merci de m'avoir toujours rassurée et soutenue dans mes choix. Vos encouragements ont été indispensables. Je n'oublie pas de remercier ma soeur Wafa, qui m'a aidé à mettre au monde ce modeste travail, à mes deux très chers frères MOHAMED REDA et ZOHEIR.

A la mémoire de mon très cher oncle « BOURENI Mohamed Saleh ».

Mon grand père « BOURENI Ahmed »

Ma grand-mère « DEHANE Zhaira ».

Pour terminer, un immense merci à mes amis, qui sont des personnes extrêmement importantes dans ma vie et sans qui, je n'y serais pas arrivée.

A ceux qui ont croisé mon chemin pendant ces années d'étude...

Je vous aime tous.

Amel.

RÉSUMÉ

La présente étude s'intéresse aux expressions de la sexualité chez l'adolescente anorexique à travers le RORSCHACH. Pour ce faire, nous procédons d'abord à une revue de la littérature concernant l'**anorexie**, ses origines, ses définitions et les répercussions que cela entraîne à tous les niveaux, et principalement le « niveau » **sexuel**. Dans l'anorexie mentale, il existe une perception déformée parfois quasi délirante de l'image du corps avec un déni de l'amaigrissement et la crainte durable d'être grosse et une absence d'intérêt pour la sexualité. Ces deux aspects seront réunis tantôt dans le présent travail aux fins d'illustrer les liens les unissant.

Nous relayerons cette première présentation par une autre aussi pertinente et foncièrement importante. En effet nous ferons place à « l'adolescence » entant que phase délicate où peut émerger beaucoup de troubles et ayant une relation avec l'incapacité d'intégrer et de comprendre les divers états affectifs qui touchent la perception du corps, entre autre l'anorexie mentale. En présentant six cas cliniques, il sera alors possible de dégager certains facteurs prédisposant liés à des éléments individuels, familiales, environnementales, structurales...en lien avec leur épisode d'anorexie.

Nous saurons mettre l'accent sur la manière avec laquelle l'adolescente anorexique exprime « sa sexualité » en pleine effervescence.

En dernière instance, une analyse comparative entre les 06 sujets étudiés s'imposera. Elle nous permettra d'identifier les similitudes et les différences et de les décliner sous leurs différents aspects. Cette approche comparative nous amènera à discuter, interpréter et analyser toutes les données recueillies et pouvant affirmer, voire confirmer le lien entre l'anorexie et l'aphanasis sexuelle.

En dernière « instance », un rapport des résultats obtenus avec la littérature spécialisée sur le sujet sera établi et discuté. Cette manière de faire aura le « privilège » d'alimenter par la suite la discussion et/ou le débat finaux. Au terme de ce débat quelques pistes d'intervention pour les chercheurs seront dégagées à dessein de proposer un protocole de prise en charge et/ou d'intervention à même d'aider et de reconforter efficacement une population ayant déjà souffert ou souffrant encore d'anorexie.

MOTS CLÉS: Anorexie - Sexualité - Adolescence – Contrôle.

الملخص

إن هذه الدراسة تهتم بالتعبير الجنسية عند المراهقة المصابة بالخلفة العقلية من خلال اختبار الرورشاخ.

للقيام بهذا العمل سنتطرق بداية لمحور الخلفة العقلية: أصلها، تعاريفها و نتائجها على جميع المستويات خاصة الجنسي منها.

في الخلفة العقلية يوجد إدراك مشوه أحيانا شبه هذيانى لصورة الجسم مع رفض الهزال و الخوف الدائم من السمنة، و غياب الاهتمام بالجنسية.

التطرق لهذان الجانبان يهدف أساسا لمعرفة مدى اتصالهما ببعضهما البعض.

خلال هذه الدراسة سيتم ربط الخلفة العقلية بموضوع لا يقل عنها أهمية و هو "المراهقة" كونها فترة حساسة تظهر فيها عدة اضطرابات لها علاقة بعدم القدرة على دمج و فهم الحالات العاطفية التي تمس إدراك الجسم من بينها الخلفة العقلية.

من خلال تقديم و دراسة ستة (06) حالات يمكننا الكشف عن بعض عوامل الاستعداد المرتبطة بالعناصر الفردية، العائلية، المحيطية و البنيوية... الخ التي لها علاقة في إصابتهم بالخلفة العقلية.

سنركز على الكيفية التي تظهر بها جنسية المصابة بالخلفة العقلية

أخيرا، إنّ عرض تحليل مقارن بين الستة (06) حالات موضوع دراسة يفرض نفسه كونه يسمح بمعرفة أوجه الشبه و الاختلاف.

هذه المقاربة المقارنة ستقودنا لمناقشة، تفسير و تحليل كل المعطيات المحصل عليها لتأكيد أو حتى نفي الصلة بين الخلفة العقلية و عدم الاهتمام بالجنسية التناسلية.

مقارنة النتائج المحصل عليها بالمراجع العلمية المتخصصة سيسمح بإثراء المناقشات التي تخلص إلى وضع حقل تدخل و/أو تكفل أو حتى مساعدة هذه الفئة التي أصيبت أو مصابة بهذا الاضطراب "الخلفة العقلية".

الكلمات المفتاحية:

خلفة عقلية – جنسية – مراهقة – تحكم.

REMERCIEMENTS

Je voudrais avant toute chose, remercier sincèrement Pr. S. MALIM professeur au département de psychologie de l'université « Mentouri » de Constantine, qui a été mon superviseur et mon encadreur.

Sans lui, ma formation n'aurait pas été aussi passionnante et agréable et grâce à lui la rédaction de ce mémoire de fin de cycle a été possible.

Je tiens aussi à exprimer toute ma gratitude et toute ma reconnaissance à mes enseignants pour leur disponibilité et leur professionnalisme.

Je ne saurais passer sous silence les orientations et les conseils avisés qui m'ont été prodigués par M. BOUDERSA professeur à l'université « Badji Mokhtar » de Annaba. Je voudrais ainsi lui faire part de toute ma considération.

Je me dois de remercier également tous les membres de ma famille, ceux de mes collègues et amis, qui m'ont soutenu, encouragé et motivé pour trouver l'énergie nécessaire à l'élaboration de ce rapport.

Dans ce sens, un hommage particulier est rendu à mon « frère » Mahmoud ABBACI, qui a su dans les moments difficiles, m'apporter son aide et son précieux soutien.

Enfin, la rédaction de ce mémoire n'aurait pu être possible sans la confiance, la participation active et la motivation des sujets cliniques qui l'ont inspiré. Ces personnes se sont confiées à moi et ont accepté de se livrer sans pudeur. Elles furent un exemple de courage et de détermination. Je les en remercie vivement.

SOMMAIRE

Sommaire.....	I
Sommaire des tableaux.....	VI
Sommaire des schémas.....	VII
Remerciement.....	VIII
Dédicace.....	XI
Résumé en français.....	X
Résumé en arabe.....	XI
Introduction.....	01
Première partie : Cadre théorique	
Premier chapitre l'adolescence	
I)Introduction.....	04
II) Etymologie et Définitions	5
III)problématique du corps à l'adolescence.....	05
A- Introduction.....	09
B- Les relations avec le corps.....	10
C- L'apprentissage d'un nouveau corps.....	12
D- Faire le deuil de son apparence.....	13
E- Le développement psycho sexuel à l'adolescence.....	13
F- L'identité sexuelle.....	14
F.1-L'identité et les identifications.....	15
F.1.a-Le corps sexué.....	18
F.1.a-Le corps sexuelle.....	19
F.2-Identité et image du corps.....	20
F.2.a-Le schéma corporel.....	20
F.2.b-L'image du corps.....	21
F.3-Sexualité et adolescence.....	25
IV)Place du corps en psychopathologie de l'adolescent.....	29
V)Adolescence et anorexie.....	32
VI)Problématique du corps chez l'anorexique.....	34
A- Relation au corps chez l'anorexique.....	34
A.1-Le corps de l'anorexique.....	38
B- Identité et identification chez l'adolescente anorexique.....	40
B.1-Anorexie et anti-narcissisme.....	41
B.2-Narcissisme et problématique de séparation.....	42
B.3-Schéma corporel chez l'anorexique.....	43
B.4-Image du corps chez l'anorexique.....	44
B.4.a-L'insatisfaction corporelle et anorexie mentale.....	45
C- Adolescente anorexique et sexualité.....	46
Conclusion du chapitre.....	49
Deuxième chapitre : L'anorexie mentale	
A- Introduction.....	52

B- Premier volet : Aspect médical de l'anorexie mentale.....	53
I) Historique.....	53
II) Définition et critères diagnostique de l'anorexie mentale.....	55
A- définition.....	55
B- critères de diagnostique.....	57
C- Réflexions sur les critères diagnostique.....	61
1-Question du poids comme critère diagnostique.....	61
2-Adaptation des critères diagnostiques aux enfants et aux adolescents....	62
III) Formes cliniques.....	63
A- Formes transitoires.....	64
B- Formes selon l'organisation de la personnalité.....	64
B.1-Formes développées dans un contexte dépressif.....	64
B.2-Structure névrotique.....	64
-Formes hystérique.....	65
-Formes obsessionnelles.....	65
-Formes phobique.....	65
C- Les formes graves : pré- psychotique ou psychotique.....	65
D- Formes clinique selon l'âge.....	67
D.1-L'anorexie mentale du nourrisson.....	67
D.1.a-L'anorexie mentale précoce.....	67
D.1.b-L'anorexie mentale du deuxième semestre.....	67
D.2-L'anorexie mentale de la petite enfance.....	68
E- L'anorexie mentale chez la femme mariée.....	69
F- L'anorexie mentale de la personne âgée.....	69
G- Formes clinique selon le sexe.....	70
- L'anorexie mentale masculine.....	70
IV) Epidémiologie.....	72
IIIIV) Symptomatologie.....	75
1-Description clinique.....	77
A- Triade symptomatique associé.....	77
B- Trouble associés.....	79
B.1-L'hyperactivité.....	81
B.2-Vierelationelle.....	81
B.3-Sexualité.....	83
B.4-Trouble de la perception de l'image du corps.....	84
B.5-Fonctionnement intellectuel.....	84
XI) Traitement.....	86
X) Conséquences de ces pratiques sur la malade et ses entourage.....	94
a- Les conséquences psychiques.....	94
b- L'impact sur la famille.....	96
c- Conséquence au niveau sexuel.....	97
C. Deuxième volet : L'aspect psychologique de l'anorexie mentale.....	107
I) Facteurs déclencheurs.....	107
1-Facteurs individuels.....	109
1.a-Prédominance féminine.....	109
1.b-Impact de la puberté.....	109
1.c-Antécédent d'un abus sexuel dans l'enfance.....	110

1.d-Dimension narcissique et vulnérabilité narcissique.....	111
1.e-Trouble de la personnalité.....	112
2-Fonctionnement familial, interrelations précoces.....	112
2.a-Problématique de l'attachement.....	113
2.b-Facteurs socioculturels.....	113
II)Mécanismes etiopathogeniques.....	123
A- Psychopathologie individuelle.....	123
A.1-Approche psychanalytique.....	123
a- nature des fantasme.....	123
a.1-Sadomasochisme.....	124
a.2-L'homosexualité.....	127
b- conflits pulsionnels sous-jacent symptômes.....	128
c- la pathologie de l'organisation du lien.....	138
d- Importance du conflit dépendance- autonomie.....	139
A.2-Approche cognitiviste et comportementaliste.....	140
B- Psychopathologie familiale.....	141
B.1-Aproche psychanalytique.....	141
B.2-Aproche systémique.....	144
Conclusion.....	146

Deuxième partie : Cadre pratique

Cadre méthodologique.....	148
Motivation du choix du thème.....	149
Pertinence.....	151
Question de départ.....	151
Pré- enquête.....	151
Problématique.....	153
Les hypothèses.....	157
-hypothèse générale.....	157
-hypothèses opérationnelles.....	157
Recueil des données.....	158
1-Observation.....	158
2-Entretien de recherche.....	158
-Discussion d'accueil.....	160
3-Les questionnaires de comportement alimentaire (EAT26).....	160
4-Questionnaire de l'image du corps.....	163
5-Le RORSCHACH.....	165
6-Analyse et interprétation des données.....	165
-Résultats de l'analyse par thématique.....	165
-Résultats de l'analyse du RORSCHACH.....	166
7-Population.....	167
Cadre pratique.....	168
Présentation du premier cas B.A.R.....	169
Observations lors des entretiens.....	170
Conclusion.....	190
EAT 26.....	194
QIC.....	196
LE RORSCHACH.....	198
Psychogramme.....	202

Analyse dynamique.....	203
Conclusion	206
Présentation du deuxième cas B.N.	208
Observations lors des entretiens.....	209
Conclusion.....	222
EAT 26.....	226
QIC.....	228
LE RORSCHACH.....	230
Psychogramme.....	232
Analyse dynamique.....	233
Conclusion	236
Présentation du troisième cas B.M.	238
Observations lors des entretiens.....	239
Conclusion.....	256
EAT 26.....	261
QIC.....	263
LE RORSCHACH.....	265
Psychogramme.....	267
Analyse dynamique.....	268
Conclusion	271
Présentation du quatrième cas B.S.	272
Observations lors des entretiens.....	273
Conclusion.....	290
EAT 26.....	294
QIC.....	296
LE RORSCHACH.....	298
Psychogramme.....	300
Analyse dynamique.....	301
Conclusion	304
Présentation du cinquième cas D.S.	305
Observations lors des entretiens.....	306
Conclusion.....	335
EAT 26.....	341
QIC.....	343
LE RORSCHACH.....	345
Psychogramme.....	348
Analyse dynamique.....	349
Conclusion	353
Présentation du sixième cas K.R.	354
Observations lors des entretiens.....	355
Conclusion.....	381
EAT 26.....	385
QIC.....	387
LE RORSCHACH.....	389
Psychogramme.....	391
Analyse dynamique.....	392
Conclusion	395
Discussion	396
1. Similarités et différences ente les cas.....	396

2. Comparaison avec la littérature.....	400
Conclusion des entretiens.....	421
Conclusion générale.....	424
Bibliographie.....	428
Les annexes.....	451
Annexe 1. Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (Garner et al, 1979).....	452
Annexe 2. Questionnaire d'image du corps : QIC (Bruchon- Schweitzer, 2001).....	453
Annexe 3 : PRESENTATION DU PREMIER CAS : B.A.R.....	454
Annexe 4 : PRESENTATION DU DEUXIEME CAS : B.N	464
Annexe 5 : PRESENTATION DU TROISIEME CAS : B.M	474
Annexe 6 : PRESENTATION DU QUATRIEME CAS : B.S	483
Annexe 7 : PRESENTATION DU CINQUIEME CAS : D. S	491
Annexe 8 : PRESENTATION DU SIXIEME CAS : K. R	507

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.....	07
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des formes de l'anorexie selon l'organisation de la personnalité	66
Tableau 3 : Signes d'appel évoquant une anorexie mentale	85
Tableau 4 : Anorexie mentale et dépression	132
Tableau 5 :Résumé des similarités et différences entre les cas.....	399

SOMMAIRE DES SCHEMA

Schéma 1 : L'anorexie mentale comme trouble pluridéterminé.....	108
--	-----

INTRODUCTION GENERALE.

Introduction:

« *The truth about our childhood is stored up in our body and although we can repress it, we can never alter it. Our intellect can be deceived, our feelings manipulated, our perceptions confused and our body tricked with medication. But someday the body will presents its bill, for it is as incorruptible as a child who, still whole in spirit, will accept no compromises or excuses, and it will not stop tormenting us until we stop evading the truth* » (Alice MILLER, citer par COSTIN, 1996)¹.

La peau et les os, voilà où elles en arrivent avec acharnement! Vouloir maigrir au point d'accepter la mort en conclusion... Voilà une bien triste réalité, un fléau qui habite nos sociétés. Le phénomène des troubles alimentaires est de plus en plus préoccupant pour tous les intervenants du domaine de la santé et des sciences humaines, plusieurs chercheurs tentent d'y trouver une explication et une solution. Le grand désordre alimentaire qu'est l'anorexie touche surtout les personnes de sexe féminin, particulièrement les toutes jeunes. En effet, 95% des personnes souffrant d'anorexie sont des femmes âgées entre 12 et 24 ans (BRUSSET, 1998)². Il semble donc pertinent d'accorder une attention particulière à ce sujet.

La fréquence et la banalité de ces troubles nous obligent à la plus grande prudence quant à la détermination de leurs origines. La prédominance des processus intellectuels venant interférer avec le simple réflexe de survie nous amène à questionner le rôle de la sublimation dans ces syndromes. Avec FREUD (citer par Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE. 2004. P.113.)³, l'idée de vie pulsionnelle se sépare d'une quelconque adéquation avec l'instinct (qu'il soit de conservation ou sexuel). LACAN (citer par Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE. 2004. P.113.)⁴, consacre cette différence dans la primauté accordée au signifiant dans l'ordre de la satisfaction du désir. Le destin de toute motion pulsionnelle est d'en passer par le processus sublimatoire pour accéder à la satisfaction. Pourquoi l'anorexique détourne-t-elle ses processus secondaires dans le but d'assouvir une jouissance mortifère ?

Difficultés à intégrer la sexualité nouvelle dans l'image du corps féminin ? Problématique de l'idéalité et des identifications à la figure maternelle ? L'anorexique est loin de constituer une pathologie homogène. Néanmoins, nous proposons une formulation possible

¹ COSTIN, C. 1996. Body Image Disturbance in Eating Disorders and Sexual Abuse, Edited by Mark F. Schwartz and Leign Cohn, *Sexual Abuse and Eating Disorders*, p. 109- 127.

² BRUSSET, B. 1998. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : DUNOD, 229 p.

³ Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE. 2004. *Fondations subjectives de la pensée: avec un index du concept de pensée chez Lacan*. Editions L'HARMATTAN, pp. 113-133. P. 113.

⁴ Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE. 2004. *Fondations subjectives de la pensée: avec un index du concept de pensée chez Lacan*. Editions L'HARMATTAN, pp. 113-133. P. 113.

de cette conflictualité psychique pour nous éviter l'enfermement dans une alternative diagnostique.

Se présentant durant la période de l'adolescence, un moment de la vie où la jeune est souvent plus vulnérable. Plusieurs changements s'imposent à son corps et à son esprit et elle doit trouver une façon de les gérer. L'incapacité d'intégrer et de comprendre les divers états affectifs qui touchent la perception du corps ; Expliquerait peut être l'absence d'intérêt pour la sexualité.

La plupart des adolescentes arriveront à diriger cette période sans trop de difficulté, tandis que d'autres utiliseront leur corps pour faire entendre leur détresse intérieure. Parmi ces troubles, nous retrouvons l'anorexie, qui consiste à se priver de nourriture dans le but de maigrir. Ce jeûne peut être accompagné de vomissements ou de prise de laxatifs, avec une image corporelle très affectée et une perception du corps complètement déformée.

Ces problèmes de santé mentale peuvent entraîner de multiples conséquences, tant au niveau physique que psychologique. En ce qui concerne la sexualité, la littérature fait mention de trouble lié à l'image corporelle et l'incapacité d'intimité avec le partenaire. Il est aussi possible de retrouver des difficultés sexuelles au niveau du désir ou de l'excitation.

Il ressort aussi, des écrits, que l'anorexie aura des répercussions néfastes sur la presque totalité des systèmes corporels et à l'occasion, l'impact de ce trouble alimentaire se manifestera au niveau de la sexualité. D'ailleurs, la littérature au sujet des conséquences des troubles alimentaires laisse sous-entendre que l'impact de l'anorexie sur la sexualité ne devrait pas être négligé, car il se compose de conséquences bien tangibles et observables chez plusieurs sujets. (LEICHNER, 1987⁵; WIEDERMAN, 1996⁶; PATTON, 1992⁷).

En tenant compte de la littérature existante sur les liens entre les troubles alimentaires et la sexualité, ce mémoire aura justement comme objectif d'explorer les expressions de la sexualité chez l'adolescente anorexique à travers le RORSCHACH. Le sujet sera approfondi à l'aide de six cas cliniques.

Tel que mentionné, l'anorexie et les autres formes de troubles alimentaires étant de plus en plus courants, cette étude sur le sujet, qui permettra l'identification de quelques pistes d'intervention et de compréhension, et pourra s'avérer fort utile pour être l'ébauche d'une réflexion approfondie sur cette problématique particulière.

⁵ LEICHNER, P. 1987. «Anorexie et Boulimie: s'affamer à satiété». *Le Clinicien*, vol. 2, no 1, Montréal, p 49-71

⁶WIEDERMAN, M.W. 1996. «Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality». *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 301-311

⁷ PATTON, G. 1992. «Eating disorders: Antecedents, evolution and course». *Annals of Medicine*, vol.24, p. 281-284

Ainsi donc, le présent mémoire sera articulé autour de deux axes principaux, l'un verra l'étude théorique de l'anorexie et tout son développement subséquent alors que l'autre tout naturellement sera consacré à tout ce qui se rattache à la mise en œuvre pratique de cette même théorie.

Au plan théorique d'abord, deux idées dominent essentiellement la matière : la première qui sera consacrée à l'historique de l'anorexie, ses définitions, ses prévalences et caractéristiques associées, son étiologie et enfin ses conséquences. Quant à la seconde, elle traitera de l'adolescence comme phase cruciale dans l'émergence de ce trouble, ses définitions, son étymologie, ses modifications, et ses relations avec les troubles des conduites alimentaires qui caractérisent l'anorexie.

Après cette revue de littérature des principaux auteurs ayant traité de cette problématique, sera présentée les six cas clinique qui viendront illustrer la théorie exposée. De plus, une analyse d'extraits d'entrevues orientera le lecteur et lui proposera quelques pistes de discussion. Ensuite des éléments saillants des entretiens de même pour ceux qui se font ressortir de la passation du RORSCHACH, QIC, EAT 26 seront mis en relief, avec une tentative d'interprétation.

PREMIERE PARTIE
PREMIER CHAPITRE : L'adolescence.

I- Introduction :

L'adolescence est une période charnière. Elle constitue un moment essentiel du développement psychologique. Les jeunes abordent la puberté en se confrontant à divers changements : modification de leur corps, la considération d'autrui, l'opinion de soi-même et du monde, etc. Il s'agit d'une transition difficile liée à de nombreux changements corporels, psychiques, sociaux induisant des conflits et des tensions intérieurs ou extérieurs souvent difficile à résoudre. En raison de tous ces changements, du fait d'être dans un entre-deux, l'adolescence plonge les jeunes dans de nombreux paradoxes. Autonome et pourtant dépendant, individualiste et pourtant fasciné par le groupe, dans le doute mais aussi catégorique, tantôt altruiste tantôt égoïste, l'adolescent, cet être en pleine mutation, fait l'expérience des contradictions, du paradoxe et de la souffrance que tout cela engendre. Pour sortir de l'adolescence, il s'agira d'accepter l'ambivalence.

Divers troubles du comportement peuvent être engendrés par des conflits ou des tensions. La fragilité de l'adolescent est significative et le développement de comportements pathologiques, peut s'avérer être une échappatoire à des difficultés. Un des mécanismes exprimant la difficulté d'appréhender et de résoudre ces conflits est le trouble du comportement alimentaire. Une gravité supplémentaire réside dans le fait que l'adolescent anorexique ou boulimique perd le sens premier du conflit et ce comportement devient une réponse systématique à toutes les tensions que ces adolescents vivront⁸. Lorsque le symptôme de trouble alimentaire survient dans cette étape de la vie, il a plus de chance de s'installer durablement car la réorganisation psychique est considérable durant l'adolescence⁹.

La plupart des problèmes qui affectent les adolescents sont liés à ces changements corporels.

Dans ce chapitre, nous n'avons pas la prétention de présenter de façon détaillée les différents aspects qui caractérisent l'adolescence. Notre objectif sera de faire une présentation synthétique des différentes caractéristiques de cette période de la vie de l'individu. Nous accentuerons notre réflexion plus spécifiquement sur les différents paramètres qui caractérisent la relation existant entre l'individu et son corps au cours de cette période. Car on ne peut comprendre l'adolescent sans savoir qu'une de ses préoccupations centrales est tournée vers les

⁸MEIENHOFER, I. 1998, *Les obsessions alimentaires : un autre regard sur l'acte de manger : de quelle manière le travailleur social peut-il intervenir dans des actions de préventions et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire ?* Genève : Institut d'études sociales-ESTS,

⁹SANCHEZ-CARDENAS, M. 1990, *Le comportement boulimique*, Ed. Masson : Paris, p.34-35

transformations de son corps, et l'utilisation qu'il en fait. En effet ce qui caractérise l'adolescence est que l'image du corps est bouleversée et cela dans plusieurs domaines ; En effet, l'adolescent doit reconnaître ce nouveau corps qui se transforme avec la puberté, se l'approprier, l'accepter, modifier son image. La reconnaissance de soi-même à cette période s'effectue par la structuration plus aboutie de son identité au travers des rapports avec autrui et avec sa sexualité.

« Les psychanalystes et FREUD en premier, ont considéré que la fonction principale de l'adolescence consistait dans la mise en place de l'organisation sexuelle mature et définitive pour le reste de la vie du sujet ; pour tous les psychologues, la principale caractéristique du processus développementale de l'adolescence réside dans l'image et la relation que l'adolescent établit avec son corps » (A. BRACONNIER. D. MARCELLI. 1991. P.28.)¹⁰

Le corps est d'abord le premier représentant des pulsions sexuelles et agressives, plus ou moins inconscientes. L'habillement, la coupe des cheveux, le maquillage peuvent être certes le reflet d'une mode mais peuvent être aussi l'expression symbolique de l'identité sexuelle, L'image du corps en transformation réfère à une identité sexuelle plus ou moins assumée par les sujets qui peuvent alors verser dans des conduites boulimiques ou anorexiques¹¹.

Le corps à l'adolescence représente un moyen d'expression symbolique privilégié de ses conflits et de ses modes relationnels.

II- Etymologie et Définitions :

Du latin « adolescere » qui signifie l'être qui grandit ou qui est en train de grandir. L'adolescence constitue une importante période de transition dans le cours du développement humain. Elle est considérée comme une période centrale dans le développement de l'individu. Cette période se caractérise par de nombreuses et importantes transformations qui touchent tous les aspects du développement.

Si l'adolescence est définie comme une période difficile à traverser, du point de vue des adultes, il ne faut pas occulter qu'elle est tout autant une quête fantastique, du point de vue des jeunes, constituée de rencontres, de découvertes et d'expériences nouvelles, riches en émotions, en plaisirs et en épreuves. Il s'agit par conséquent d'un moment de la vie aussi prodigieux et flamboyant, que lourd et sombre.

¹⁰ A. BRACONNIER. D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Paris. Editions universitaires. P. 28.

¹¹ F. DOLTO, C. DOLTI-TOLITCH. *Paroles pour les adolescents. Le complexe du homard*. Hatier. 1989.

Il apparaît de façon très prononcée dans la littérature que les définitions de l'adolescence varient. Autrement dit, il est très difficile de trouver une nette définition du concept d'adolescence, tout au moins si nous souhaitons dépasser la définition classique qui considère l'adolescence comme phase de transition entre l'enfance et l'adulte.

Les définitions varient selon que l'on se situe dans une perspective psychologique, sociologique ou biologique (CLOUTIER, 1996)¹². La seule définition commune de l'adolescence implique que, bien qu'il ne soit plus considéré comme un enfant, le jeune ne soit pas encore adulte.

Les limites de l'adolescence sont difficiles à établir car elles diffèrent à la fois selon la dimension considérée et selon le développement individuel.

CLOUTIER (1996. P.3)¹³ propose ci-dessous un tableau composé de quelques critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence :

¹² CLOUTIER. R, 1996, *Psychologie de l'adolescent*, Montréal. G MORIN.

¹³ CLOUTIER. R, 1996, *Psychologie de l'adolescent*, Montréal. G MORIN. P.3.

Dimension de l'adolescence	Critère du début de l'adolescence	Critère de la fin de l'adolescence
Biologique	Début des changements sexuels physiques	Capacité de faire un enfant
Cognitive	Apparition des premiers raisonnements abstraits	Maîtrise de la pensée formelle
Emotionnelle	Première tentatives d'affirmer son intimité personnelle, de garder ses secrets et d'affirmer ses choix individuels	Capacité de se définir en tant que personne indépendante, d'affirmer et d'assurer son identité et ses choix personnels
Sociale	Apparition des comportements de participation autonome aux rôles collectifs (travail, engagement personnel...) et construction d'un réseau social personnel indépendant de la famille	Accession à la maîtrise de soi avec l'exercice des pouvoirs et des responsabilités que cela comporte envers les autres (autodiscipline, réciprocité, mutualité...)

Tableau 1 : Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.

L'adolescence selon l'OMS correspondrai à « *la progression entre l'apparition de la puberté et de la maturité sexuelle et le développement des mécanismes mentaux adultes et d'une identité adulte ; c'est la transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance* ».

Dans une perspective psychanalytique, l'adolescence est vue comme une période où l'individu laisse les figures d'attachement infantile pour se tourner vers d'autres figures d'attachement (BLOS, 1962)¹⁴. En d'autres termes, l'adolescence est une reviviscence de la période de l'œdipe (initialement située lors de la toute petite enfance.)¹⁵. Les thématiques prédominantes lors de cette phase, sont alors celles de la perte, de la séparation et du conflit.

Selon cette approche, l'élaboration de l'identité se construit à partir d'intériorisations de figures du passé, notamment parentales.

¹⁴ BLOS Peter (1962). *Les adolescents*. Paris, Stock, 1967. P.78.

¹⁵ *Adolescence et comportement à risque* in EAMU. CERED. 2000.

Nous allons retenir la définition de BEE (1997. P. 248)¹⁶ de l'adolescence, qui la présente comme une : « *Période de transition durant laquelle, l'enfant change physiquement, mentalement et émotionnellement pour devenir un adulte* ». Il importe par ailleurs de souligner que l'adolescence est tout aussi marquée par des changements au niveau des relations que l'individu adolescent entretient avec son milieu.

Dans les lignes qui suivent, nous allons présenter les différentes transformations qui s'opèrent chez l'individu sur le plan physiologique, identitaire. Nous mettrons l'emphase sur les nouvelles relations que l'adolescent entretient avec son corps au cours de cette période.

¹⁶ BEE. H. 1997. *Psychologie du développement*. Les âges de la vie. De BOECK & LARCIER s. a., p. 284.

III. Problématique du corps à l'adolescence :

A. Introduction :

On ne peut parler d'adolescent sans évoquer son corps : il n'y a d'adolescent que parce que le changement pubertaire travaille le corps de l'enfant, bouleverse ses repères spatiaux et la linéarité de son développement physique. En 1990, Françoise DOLTO qualifie l'adolescence de « *complexe du homard* »¹⁷, se référant à la fragilité de l'animal qui a perdu sa carapace et pas encore acquis la nouvelle.

Notons encore que la notion du corps va souvent de pair avec celle du développement du moi en psychanalyse. Le moi se développe à partir de la couche corticale du ça. Projection du corps, il est, nous dit Michel BERNARD (1976), « *le mythe qui nous garantit la propriété et le contrôle de notre corps* ». Le corps est considéré comme « *une incarnation vécue du moi* ». C'est une façon de ne rien admettre du corps en dehors du désir inconscient et des fantasmes qu'il suscite (citer par C. BALLOUARD. 2003. P. 75)¹⁸.

Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « *bruit* ». Il est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent. Annie BIRRAUX écrit : « *Devenir un corps adulte est une épreuve, renoncer pour cela à son corps d'enfant n'est pas non plus une mince affaire* »¹⁹. Rappelons que dans la tranche d'âge 11-20 ans scolarisés, 12, 4 % des garçons et 37, 3 % des filles se disent excessivement préoccupées par leur poids²⁰. La transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps. Ces modifications rendent compte en partie de la fréquence avec laquelle on se réfère au corps lorsqu'on étudie l'adolescence et le paradoxe du corps est d'y être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est à dire faisant à la fois partie du moi et du non-moi : « *le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites... Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents... Enfin, le corps est*

¹⁷ Françoise DOLTO. 1990. *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Hatier. Paris.

¹⁸ Christian BALLOUARD, 2003, *Le travail du psychomotricien*, paris. DUNOD. p 75.

¹⁹ Ibid p11.

²⁰ D. MARCELLI, introduction : *Contrôler sa faim, contrôler son poids, Questions d'Adolescence ?* In Sixième journée MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT Poitiers – 27 Novembre 2004 *Contrôler sa faim, contrôler son poids. Questions d'adolescence...* p. 5.

un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode. » (P. JEAMMET, 1980, cité par D. MARCELLI, 2004.)²¹.

Nous voyons donc que le phénomène physiologique de la puberté a une incidence sur le psychisme de l'adolescent, sur son identité.

Le concept psychanalytique d'image du corps est très difficile à cerner et à définir. Il a d'abord été confondu avec celui de schéma corporel. SCHILDER, un des premiers auteurs à avoir travaillé la question passe lui-même d'un terme à l'autre sans distinction.

SCHILDER, WALLON, PIAGET, MERLEAU-PONTY, LACAN, DOLTO ont conceptualisé des notions aussi diverses que l'image du corps, le schéma corporel, l'image spatiale du corps, l'image de soi, l'image inconsciente du corps, etc. qui ne recouvrent pas les mêmes faits et qui se sont succédées depuis la fin du siècle dernier.

Ces différentes approches nous montrent combien il est difficile de tenir un discours univoque sur le corps. Tout d'abord, lorsque l'on parle de corps, de quel corps parle-t-on ? Du corps physiologique, biologique ou du corps imaginaire, fantasmatique ?

Comment la psychanalyse parle-t-elle du corps ? Pour répondre à cette question, on va avoir besoin au préalable de poser quelques notions freudiennes qui nous permettront, on l'espère, de mieux comprendre ce rapport d'un sujet à son propre corps et au corps des autres.

B. Les relations avec le corps :

Le corps est l'objet central de l'adolescence. A aucun autre moment de l'existence, il ne joue un rôle aussi massivement important car, s'il est aussi bien l'élément déclencheur que le révélateur du bouleversement psychophysiologique en cours, il continue, en tant que représentant du moi, de faire partie du monde des représentations psychiques internes tout en faisant partie du monde des représentations externes. Ce **double statut d'appartenance** fait en sorte qu'il peut aussi bien devenir le représentant privilégié du moi, comme dans les perversions narcissiques, qu'être perçu comme un corps étranger ou étrange, non reconnu par la psyché, comme c'est le cas dans la schizophrénie et, dans une moindre mesure, dans la névrose, ou bien encore devenir l'objet de manipulations et de traitements expérimentaux où le sujet risque littéralement « sa peau » (anorexie, délinquance, toxicomanie, excès de vitesse etc.).

²¹D. MARCELLI, introduction : Contrôler sa faim, contrôler son poids, Questions d'Adolescence ? In Sixième journée MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT Poitiers – 27 Novembre 2004 Contrôler sa faim, contrôler son poids. Questions d'adolescence... p. 5.

Le plus important, au regard de l'expérience analytique, est le fait que:

« *Ce corps potentiellement étranger, qui perd avec l'adolescence sa familiarité, qu'il va falloir réapprendre à aimer et à assimiler à son image de soi, est aussi un corps incestueux, fruit de l'union des parents, représentant privilégié de la scène primitive et des parents combinés. Les attaques, les rejets globaux ou focalisés dont il est l'objet (comme dans les dysmorphophobies par exemple) sont toujours des attaques contre les objets internes et les figures parentales et, à travers eux, atteignent bien sûr le narcissisme du sujet et la représentation de lui-même qu'ils contribuent à altérer et à amputer. En attaquant et en rejetant tout ou partie de son corps, c'est avec ses parents que l'adolescent règle ses comptes, mais c'est tout ou partie de lui-même qu'il répudie, avec les risques qu'une telle attitude fait courir à son équilibre intérieur » (JEAMMET. P, 1991. p. 690.)²².*

C'est sur la scène du corps que se joue le conflit majeur, à travers des conduites et comportements presque toujours inconscients dans leurs motivations mais qui manifestent bruyamment la haine extrême de l'objet- corps devenu le *substitut* des imagos sexuées des parents, en même temps que se développe, de manière apparemment paradoxale, une extrême dépendance vis-à-vis des parents réels ou de leurs substituts. La violence exercée sur le corps n'est toutefois pas que l'expression de la haine de l'objet ; elle répond aussi, mais de manière encore plus inconsciente, à la nécessité imposée par la loi symbolique -et qui se manifestait autrefois à travers les rites de passage-, de **couper définitivement le lien incestueux** pour accéder à l'ordre symbolique, socioculturel, spécifiquement humain. Il y a un paradoxe criant à l'adolescence ; à travers la revendication du droit à user librement de son corps , que ce soit dans des expériences sexuelles pseudo- perverses, dans le risque toxicomane de frôler la mort, dans la revendication du droit au suicide et toutes sortes d'expériences extrêmes qui font douter que l'instinct de conservation existe encore, il y a finalement une sorte de soumission à un surmoi archaïque, mal symbolisé, qui commande de s'arracher violemment à l'univers maternel incestueux, et cette soumission équivaut à embrasser la pulsion de mort. L'idéal du moi qui devrait normalement fonctionner comme relais du narcissisme conservateur de la vie et constituer le moteur d'un projet de vie (AULAGNIER, 1968)²³ qui étierait l'élan vital au sens de l'Eros freudien, devient l'allié d'un surmoi mortifère (LAUFER, 1980.)²⁴ .

²²JEAMMET. Philippe. *Les enjeux des identifications à l'adolescence*. In Journal de la psychanalyse de l'Enfant, 10, 140-163, 1991. p. 690.

²³ AULAGNIER PIERA. 1968. *Demande et identification* .In « Un interprète en quête de sens », Paris, Ramsay, pp. 179-182, 1986.

²⁴ LAUFER MOSES. *L'idéal du moi et le pseudo idéal du moi à l'adolescence*. Revue Française de Psychanalyse, 44, 3-4, 591-615, 1980.

MARCELLI considère que le corps de l'adolescent est une sorte d'objet relais aux pulsions libidinales et agressives à mi chemin entre l'objet externe et les objets fantasmatiques internes. Il peut ainsi être considéré comme un objet transitionnel.

JEAMMET résume ainsi la place du corps dans la problématique dans l'adolescence. « *Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère: il est simultanément quelque chose qui nous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents* ».

C. L'apprentissage d'un nouveau corps

L'adolescent est en quelque sorte confronté à la tâche difficile de l'apprentissage d'un nouvel organisme. Les bouleversements physiologiques et psychophysiologiques pour certains, peuvent conduire à un véritable déni de ce nouveau corps sexué comme dans l'anorexie par exemple.

Ces transformations du corps amènent souvent un malaise et le sentiment d'être maladroit avec ce nouvel organisme. C'est ce malaise qui va parfois causer chez l'adolescent des préoccupations concernant l'esthétique du corps, la crainte fantasmatique d'être anormal. Un remodelage du schéma corporel s'impose accompagné d'une remise en cause de l'image du corps. Après s'être reconnu en quelque sorte en « pièces détachées » l'enfant intègre peu à peu les différentes parties de son corps grâce aux données visuelles et aux sensations, mais aussi au regard qu'on lui porte. L'ancienne image du corps devient incompatible avec les nouvelles perceptions de l'apparence physique. L'image du corps se modifie, l'importance qui lui est accordée également. Cette évolution de l'image du corps va être en lien avec des comportements comme le besoin de mouvements, le désir de connaissances, le refus de soins maternels. À l'adolescence, on essaie, ce corps comme pour en fixer les frontières dans le rapport aux autres d'où cette confrontation perpétuelle aux limites. Au départ, il existe une certaine centration sur le corps et les prolongations psychiques de l'image du corps vont dépendre fortement de l'attention du jugement d'autrui. La valorisation, ou la dépréciation de soi, est ainsi fonction de l'image que nous avons de notre corps. Le corps représente donc pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses conflits et de ses modalités relationnelles. Ils peuvent être en particulier l'expression symbolique de l'identité sexuelle. Il y a aussi une pression sociale normative qui est particulièrement forte pour le jeune, qui recherche dans la mode à la fois la possibilité de se différencier des générations précédentes et de chercher une ressemblance rassurante avec les autres de son âge. Il se cache alors derrière son look qui est une espèce de carapace provisoire.

D. Faire le deuil de son apparence

Ainsi le goût du noir chez certains adolescents pourrait être une façon de « faire le deuil » de son apparence, de se mettre en harmonie avec ses idées sombres ou encore se protéger de sa vulnérabilité du fait du changement de look. D'un autre côté, parce qu'on ne sait plus qui on est, on a besoin d'attirer l'attention, de provoquer pour être regardé. Il y a cependant un danger. À trop paraître, on peut se perdre entre soi et ce qu'on montre. Cela renvoie à la légende de Narcisse. Très souvent, face à ces transformations corporelles, le premier mouvement va quand même être le repli sur soi, ce qui permet à l'adolescent de se découvrir. Chez les filles, l'apparition des règles va réactiver la croyance infantile en la castration. Le côté punitif des saignements menstruels a tendance à absorber les sentiments de culpabilité.

E. Le développement psycho sexuel à l'adolescence :

Le développement des organes génitaux et l'activité sexuelle qui y est associée annoncent une ère nouvelle dans le développement psycho sexuel de l'adolescent.

Pour FREUD, le corps est un ensemble de zones érogènes et ne répond pas ainsi à la théorie de la forme (GESTALT) invoquée par Paul SCHILDER. Il est donc les deux à la fois. Comme le souligne François GANTHERET (1968)²⁵,

« Quand nous faisons référence au corps libidinal, il s'agit de le considérer en tant que source d'excitations et de réactions sexuelles, comme un corps qui éprouve le désir, le plaisir, la douleur, Paul SCHILDER note que : la douleur en tant que sensation réelle, nécessité biologique, serait un moyen de prévenir l'automutilation. » (C. BALLOUARD, 2003, p.72)²⁶

« Il est nécessaire de s'arrêter quelques instants sur ce que FREUD met derrière les stades du développement libidinal qu'il décrits. Nous n'en reprendrons que le premier pour imager nos propos, non sans avoir, au préalable, remarqué qu'il n'est pas étonnant de retrouver une énorme importance psychologique aux orifices du corps, étant donné que c'est par là que nous avons les contacts les plus étroits avec le monde. » (citer par C. BALLOUARD, 2003, p.72).²⁷

La maturation du corps détermine une maturation des pulsions. FREUD postule un enchaînement et une chronologie des stades pulsionnels. Le concept clé de ces stades est celui de zones érogène qui change avec l'âge et la croissance de l'organisme. (C. BALLOUARD, 2003, p.72).²⁸

²⁵ GANTHERET. F. 1968, *Le corps en psychologie clinique*, Bulletin de psychologie, 21.

²⁶ Christian BALLOUARD, 2003, *Le travail du psychomotricien*, paris. DUNOD. p.72

²⁷ Christian BALLOUARD, 2003, *Le travail du psychomotricien*, paris. DUNOD. p.72

²⁸ Christian BALLOUARD, 2003, *Le travail du psychomotricien*, paris. DUNOD. p.72

F. L'identité sexuelle :

L'identité constitue pour la psychologie le noyau de la responsabilité qui se constitue dès les premiers jours de la vie. Le moi évolue par des processus d'identification divers qui touchent les différents secteurs de la personnalité.

L'individu construit son identité par étapes, au cours d'un long processus qui s'exprime de la naissance à l'adolescence. L'identité personnelle se construit dans le cadre d'expériences. Le corps constitue pour le bébé la base de son identification. Il se découvre lui-même au travers de ses perceptions, de ses actions, mais aussi dans son rapport aux autres et dans le regard des autres.

Pour définir l'identité sexuelle, il faut, d'une part, parler de l'identité et d'autre part, parler de la sexualité.

L'identité est un concept basé à l'origine sur différents courants de pensée. Ce concept s'intéresse non seulement à l'individu et à la perception du soi, mais il dépend au même temps d'autrui. Donc, les modalités de son existence sont les interprétations qu'en fait et l'écart à la norme.

La construction de l'identité prend son essence dans l'enfance, dure toute la vie, mais connaît un développement majeur à l'adolescence.

Si l'accès à la génitalité ne pose pas un problème d'ordre physiologique et ce, malgré les changements corporels qui existent à l'adolescence, elle pose néanmoins un problème d'identité sexuelle. L'élaboration de l'identité renvoie aux problèmes de la synthèse mentale des pulsions, affectés à rassembler en un tout pour lutter contre le chaos initial. Parce que la question de l'adolescent est celle de son identité, construite dans les méandres des identifications, sa relation à l'autre se fait sur le mode de la passion, de l'incorporation, et non de l'amour. Il faut que la séparation comme signifiant s'inscrive. C'est bien là un travail nécessaire de l'adolescence. Et cette séparation n'est pas chose facile. Elle peut s'opérer par la prise de distance que l'adolescent prend graduellement sur les investissements de son enfance (parents, activités), par le passage progressif des auto-érotismes de l'enfance à l'hétérosexualité et par la résolution de la bisexualité avec la liaison entre la tendresse et la recherche de l'autre partenaire sexuel. Le parent œdipien attire moins, même qu'il devient âgé, s'use dans le regard de l'adolescent. L'objet aimé se différencie par rapport aux caractéristiques du premier objet d'amour. Enfin, peut se construire l'identité sexuelle.

La sexualité, c'est le fait de se définir par rapport à l'autre sexe. Chaque être humain est socialisé selon un modèle sexuel dans lequel il retrouve son sens et sa complémentarité.

En résumant, nous pouvons dire que l'identité sexuelle est la conviction profonde qu'à tout sujet d'appartenir à un ou à l'autre sexe quelque soit sa conformation anatomique réelle.

Le lien entre la psyché et le corps sexué :

Le problème pour l'adolescent est bien celui-ci : que faire avec ce nouveau corps désormais porteur d'un sexe reconnaissable ? L'adolescent doit d'abord, reconstruire, modifier son identité pour y intégrer cette nouvelle identité sexuelle²⁹.

F.1. L'identité et les identifications

Comme nous l'avons vu, il y a un besoin chez l'adolescent de se détacher des parents mais aussi de faire le deuil du lien aux parents de la petite enfance. Pour Peter BLOS il s'agirait d'un « *second processus de séparation/individuation* »³⁰. Il reprend par ces termes le concept de Margaret MALHER qui parlait de l'individuation du bébé qui, pour pouvoir se séparer de sa mère, doit se faire une représentation psychique de celle-ci. Pour Peter BLOS, l'adolescent devrait donc, pour grandir, se séparer des représentations internes parentales pour leur substituer de nouveaux objets d'investissement.

L'adolescent cherche alors de nouveaux modèles d'identification.

L'**identification** est « *le processus généralement inconscient par lequel un individu assimile l'aspect, la propriété, l'attribut d'un autre et se transforme en partie ou parfois même en totalité suivant le mode de rêve; de celui-ci* »³¹.

Elle s'appuie sur la connaissance de soi renvoyée par le discours de l'autre. L'adolescent se reconstruit une unité corporelle et une image de soi par rapport à la connaissance de soi, de sa personne : fragilité et insécurité dans la relation à soi (ne se reconnaît plus) et dans la relation aux autres (ne se reconnaît plus dans le regard de l'autre). L'image de soi devient un investissement positif et/ou négatif. Bouversements dans l'investissement d'objet et l'investissement narcissique.

En ce qui concerne ***l'identité***, il semble qu'elle soit étroitement liée aux identifications. Pour KESTEMBERG³² « *Identité et identification sont pratiquement un seul et même mouvement. On retrouvera dans l'adolescence et à la faveur du remaniement biologique et*

²⁹A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Paris. Editions universitaires. P.70.

³⁰Peter BLOS. *Les adolescents*. Stock. Paris 1967.

³¹A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Editions universitaires. Paris. p55.

avec une acuité particulière, cette constante communication anxieuse entre l'autre et soi-même, entre l'identification et l'identité ».

L'identité est liée à la connaissance de son corps (unité corporelle apparue aux stades oral et anal). L'identité sentiment d'être réel, d'exister dans une continuité, une unité dans son corps (malgré les modifications je reste Moi). La connaissance de soi c'est prendre conscience de soi en tant que différent (reconnaître son image dans le miroir et dans le regard de l'autre),

A l'adolescence, la constitution de l'identité du sujet s'appuie donc de plus en plus sur des modèles extra familiaux. Mais comme le souligne Alain BRACONNIER et Daniel MARCELLI (1991. p55)³³ : *« L'adolescent intègre peut être encore plus profondément qu'avant une partie identificatoire aux deux parents et en particulier au parent du même sexe. Nous pouvons dire ici « plus profondément » en raison de la nécessité de se reconnaître comme différent et autonome de ce parent tout en s'appuyant au plus profond de soi sur ce qui a pu s'intérioriser de l'image parentale ».* Tout se passe comme si l'adolescent devait se séparer de ceux auxquels il doit s'identifier.

La scène pubertaire, les bouleversements psychologiques qu'elle impose, fragilisent grandement les assises narcissiques de l'adolescent. Nous avons vu qu'à cette période, l'adolescent qui ne peut plus s'identifier aux imagos parentaux retire les investissements qu'il avait mis en eux, manifestant ce qu'on pourrait rapprocher du narcissisme secondaire freudien. Cependant, nous avons également vu que pour continuer sa construction identitaire, l'adolescent va chercher de nouveaux objets extérieurs à lui-même et à sa famille auquel il pourra s'identifier.

MARCELLI (2000. p. 219.)³⁴, souligne d'ailleurs, l'intérêt du groupe, de la bande dans cette quête identitaire. Elle donne à l'adolescent à la fois *« une protection, une possibilité de régression mais aussi un étayage identificatoire de transition (...) qui permet au jeune de se différencier de l'image paternelle en cherchant à prélever des fragments d'identité sur les différents membres de la bande tout en s'affirmant lui même porteur de traits paternel mais à l'extérieur du cadre familial : au milieu des copains, il peut laisser parler le « père » qui est en lui sans que cet aveu soit source de soumission, de faiblesse ou d'allégeance ».*

Souvent, l'affirmation de l'identité du groupe passe par la confrontation avec les valeurs traditionnelles, la société...le groupe devant être anticonformiste pour montrer sa différence.

³² Citation d'Evelyne KESTEMBERG tirée du livre de François RICHARD. Les troubles psychiques à l'adolescence. DUNOD, Paris. 1998. p42.

³³ A. BRACONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Editions universitaires. Paris. p55.

³⁴ Daniel MARCELLI article « Les copains, l'amie » le lien groupal à l'adolescence. DUNOD. Paris. 2000. p219.

Cet anticonformisme exalté étant d'ailleurs plus le fait du sexe masculin plus enclin à des réactions tournées vers l'extérieur.

M. EMMANUELLI (2001)³⁵, lui, souligne que l'adolescent peut subir des troubles de l'identité si, pris dans le conflit, il rejette tout à la fois les parents et les imagos parentales sapant alors les bases de son identité.

Pour l'auteur, ceci s'explique du fait qu'à la sortie de l'oedipe, l'identification au parent de même sexe avait permis l'établissement d'un idéal du moi structurant et avait ainsi apporté une réassurance narcissique permettant de lutter contre l'angoisse de castration. Le bouleversement identificatoire, à l'adolescence, viendrait alors raviver cette angoisse de castration.

En outre, ce conflit identificatoire - entre identifications oedipiennes et identifications à un objet externe phallique- s'accompagne souvent d'un rejet de soi-même en tant qu'être sexué et va alors avoir des répercussions importantes sur le sentiment d'identité du sujet adolescent.

En effet, lors des remaniements dans les relations avec les objets externes et internes, l'adolescent se trouve confronté au sentiment de perte de ses objets internes. L'auteur précise alors, que si l'organisation psychique antérieure ne présentait pas des repères stables, la perte des objets internes risque d'entraîner une désorganisation identitaire (M. EMMANUELLI, 2001)³⁶.

F. 1. a. Le corps sexué :

Les bouleversements corporels de la puberté remettent en cause l'identité construite dans l'enfance et stabilisée pendant la période de latence. La majorité des adolescents peuvent y puiser force de vie, vitalité, volonté de se saisir de la nouvelle vie d'adulte qui s'annonce et entrer dans cette période avec enthousiasme. D'autres plus fragiles peuvent alors ressentir inquiétudes, anxiété, angoisse et avoir besoin de soutien durant cette période

L'adolescente se trouve dans la nécessité d'intégrer des données nouvelles concernant son corps, sa représentation, son identité personnelle, ses rapports sociaux, son intimité avec l'autre sexe, données toutes inédites jusqu'alors. Les conduites qui en découlent sont en rapport très direct avec les avatars de la fin du processus de sexualisation qui intervient avant que la sexualité au sens strict ne se mette en acte.

Il convient de distinguer les séries complémentaires mâle/femelle et masculin/féminin. Le premier couple d'opposés (mâle/femelle) est déterminé par les forces biologiques qui fixent

³⁵ EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod.

³⁶ EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod.

l'assignation d'un sexe à la naissance. Il conditionne le noyau d'identité de genre, qui par définition est exclusif : mâle ou femelle. Le second couple (masculinité/féminité) renvoie davantage à une position intrapsychique, subjective, qui, n'est pas exclusive : elle inclut la possibilité de bisexualité psychique, dans les deux sexes. Le développement des caractères sexuels secondaires : seins, maturation de l'appareil génital vont confronter l'adolescent à la dimension sexuée de son identité. Il y a un renoncement à la bisexualité psychique : l'adolescent va devoir associer le sexe biologique au sexe psychologique. La bisexualité psychique est l'existence de tendances pulsionnelles masculines et féminines. Le renoncement à ces tendances permet la construction psychologique en tant qu'homme ou femme. Progressivement cette bisexualité se réduit à des traits discrets de la personnalité grâce à la socialisation, aux modèles parentaux et aux interactions avec les autres. Le travail psychique consiste en la construction d'une identité sexuelle et en une tolérance à l'altérité sexuelle : la part féminine et la part masculine.

A l'adolescence, une ligne de tension se crée entre :

- d'un côté l'affirmation d'une identité sexuée, clairement établie par le processus pubertaire,
- de l'autre, le deuil de la croyance en la réalité d'une bisexualité, croyance propre à l'enfance.

Le travail de reconnaissance, puis de stabilisation progressive de l'image du corps, débouche sur le sentiment d'identité. On considère que celle-ci est acquise lorsque l'individu parvient à s'identifier de façon permanente dans les différents secteurs de sa vie, l'identité sexuelle fait bien évidemment partie intégrante de cette identité ; elle consiste à se reconnaître dans un sexe. Dans l'immense majorité des cas, le sexe du corps et le sexe « psychique » sont en correspondance.³⁷

A l'adolescence la transformation du corps impose le choix entre masculin et le féminin. De façon là encore paradoxale, l'accession à l'identité sexuelle débute souvent par une perte, celle de la bisexualité potentielle et de l'indétermination de l'enfance. En effet le jeune enfant peut maintenir une certaine ambiguïté tant que le corps reste impubère.

F. 1. b. Le corps sexuel :

³⁷ A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Paris. Editions universitaires. P.70.

La conception psychanalytique de la sexualité génitale humaine « *en deux poussées successives, l'une de deux à cinq ans, l'autre à la puberté* » est définie par S. FREUD, dans le chapitre III des Trois essais sur la sexualité.³⁸ : « *Avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale. La tendresse sexuelle érotique était jusqu'ici auto-érotique, elle va maintenant définir l'objet de la sexualité. Elle provenait des tendances partielles et des zones érogènes. (...)Maintenant, un but sexuel nouveau est donné à la réalisation duquel toutes les tendances partielles coopèrent tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale* ». T. TREMBLAIS- DUPRE (1993. p.71)³⁹ souligne que « *ces transformations s'opèrent au sein de la libido. Fixée d'abord aux zones érogènes, **par étayage sur les soins de la mère**, elle s'en détache pour revenir dans le Moi et composer le narcissisme primaire, pour être de nouveau envoyée à partir du Moi sur les objets extérieurs* ». Nous pouvons aisément comprendre que les pulsions narcissiques et objectales issues de cette même libido vont peser dans les conflits liés à l'acquisition de la sexualité adolescente.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous concentrons sur l'adolescente et sa sexualité : T. TREMBLAIS- DUPRE⁴⁰ évoque ce « *trouble d'être femme* ». En effet, « *l'attachement qui, depuis sa naissance, lie la mère au corps et à la psyché de sa fille, va rendre difficile à celle-ci la conquête de sa liberté intérieure pour réaliser sa sexualité amoureuse. L'attitude inconsciente de la mère envers la petite fille qu'elle a été rendra plus ou moins facile la narcissisation du corps pubère* ».

Insistons sur le fait que c'est dans la relation de dépendance absolue du nouveau-né à sa mère, que s'effectue la première ébauche de son identité sexuelle.

F.2. Identité et image du corps :

Dans la relation mère/bébé, le développement du corps et du psychisme sont liés, chez l'enfant. Comme le bébé est dépourvu de parole et d'autonomie, il se fait comprendre par le corps. Et cette conception du corps est complètement prise en charge par la mère, elle l'interprète et y répond par rapport à son vécu et à ses envies.

Dès les premiers mois de sa vie, l'enfant a besoin d'être stimulé par son entourage pour se développer. Tout ce qui se fait pendant cette période est capital pour son identité ; cela va laisser des traces mnésiques, mais aussi au niveau de la peau, des muscles et du système

³⁸S. FREUD, 1989. Trois essais sur la sexualité. Gallimard.

³⁹ T. TREMBLAIS-DUPRE. 1993. *La sexualité adolescente et son trouble*, PUF, p.71.

⁴⁰ T. TREMBLAIS-DUPRE. 1993. *La sexualité adolescente et son trouble*, PUF. P. 71.

émotionnel. Les failles précoces dans la construction de l'identité dans la petite enfance se révèlent à l'adolescence. L'absence de sensation agréable peut être à l'origine de comportements pathologiques ultérieurs.

Deux concepts fondamentaux :

F.2.a. Schéma corporel

Françoise DOLTO (1992. P. 18)⁴¹ définit le schéma corporel comme suit : « *Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires et indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérale, circulatoires - on les appelle coenesthésiques.* »

Ainsi le schéma corporel sera la représentation que chaque individu se fait de son corps, afin de lui permettre de se situer dans l'espace. L'acquisition de ce schéma corporel permet d'établir les frontières du corps et de mieux en situer les limites ; mais cette délimitation se projette aussi hors du corps : dans les vêtements ou dans le reflet du miroir.

Le schéma corporel est une perception individuelle de notre « Moi- Peau ». Il exprime la façon dont le corps est, et s'organise dans l'espace. Le schéma corporel est synonyme de spatialité corporelle. C'est un schéma anatomique et fonctionnel du corps. Anatomique en ce qu'il reflète la perception qu'a un individu des rapports des différentes parties de son corps entre elles et avec son environnement. Fonctionnel en ce qu'il exprime la perception qu'a ce même individu de la mécanique de ce corps biologique.

« *Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque, ou les conditions dans lesquelles il vit. C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable* » (Françoise DOLTO. 1992. P. 22)⁴²

F.2.b. L'image du corps :

⁴¹ Françoise DOLTO. 1992. *L'image inconsciente du corps*. Ed. Seuil. P. 18.

⁴² Françoise DOLTO. 1992. *L'image inconsciente du corps*. Ed. Seuil. P. 22.

En 1935, P. SCHILDER⁴³ introduit le terme d'image du corps. En soulignant l'existence d'une image optique à laquelle la perception est rapportée, il préfère le terme d'image du corps à celui de schéma corporel. Ce terme ne désigne pas seulement une connaissance physiologique, mais renvoie également au concept de libido et à la signification sociale du corps. Du point de vue de l'organisation libidinale, l'image du corps s'organiserait autour des orifices du corps ou, selon les termes de FREUD, autour des zones érogènes. Nous pouvons en déduire que, selon SCHILDER, le corps en entier n'est pas investi de la libido. En 1939, J. LHERMITTE⁴⁴, développe que non seulement les zones érogènes du corps sont investies de la libido mais l'image du corps dans son ensemble le serait également. Entre ces deux dates, Lacan soutient d'une façon explicite, lors d'une intervention⁴⁵ au congrès de l'International psychoanalytic Association à MARIENBAD en 1936, que l'image du corps reflétée dans le miroir est entièrement investie de la libido. Cet auteur donnera un compte rendu écrit de cette intervention seulement en 1949, intitulé « *Le stade du miroir comme formateur du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* »⁴⁶.

Le développement de l'identité sexuelle repose sur la reconnaissance, puis l'acceptation de la nouvelle image du corps qui implique elle-même un contenu et des limites. La transformation pubertaire modifie ce contenu et ces limites d'où l'importance période de flottement. Aussi, l'adolescent a besoin de surveiller son corps, de le contrôler. L'image du corps est ce que l'adolescent investira comme résultat du sentiment que son corps est un objet unique qui lui appartient. Mais celle-ci n'existe pas seulement pour soi-même, elle renvoie à la société et aux échanges mutuels entre son image et celle des autres. Elle se structure aussi à travers le regard que les autres portent sur ce corps et le jugement qui l'accompagne. De ce point de vue l'adolescent est profondément dépendant de son environnement, qu'il s'agisse des proches adultes, parents et autres, mais aussi des pairs.⁴⁷

L'image du corps est la conquête progressive de l'unité qui permet la maîtrise de la totalité de notre corps. Elle est avant tout imaginaire et composée non seulement des fantasmes

⁴³ SCHILDER. P. *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1968.

⁴⁴ LHERMITTE J. « *L'image de notre corps* ». Paris : Harmattan, 1998.

⁴⁵ LACAN. J., Le titre de l'intervention est « *The looking-glas phase* » qui apparaît dans la revue officielle de l'I.P.A., l'Internationale Psychoanalytic Association, tome I, p. 115, mais le contenu n'y apparaît pas. L'unique source d'information disponible sur ce travail sont les notes prises par Françoise Dolto lors d'un exposé préliminaire que fit Lacan à Paris, devant les membres de la Société Psychanalytique de Paris. Cf. Le Gaufey G. *Le lasso spéculaire. Une étude traversière de l'unité imaginaire*. Paris : E.P.E.L., 1997.

⁴⁶ LACAN. J. (1948). *Le stade du miroir comme formateur du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. In : *Ecrit*, Paris : Seuil, édition en poche, 1966, p. 92-99

⁴⁷A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Paris. Editions universitaires. P.70.

de notre première enfance mais aussi par ceux de tous les conflits affectifs qui ont bouleversé et composé l'histoire de notre vie.

L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel. Selon F. DOLTO (F. DOLTO, 1984)⁴⁸, l'image du corps n'est donc pas seulement l'image qui est représentée dans la production de l'enfant mais elle transparaît aussi dans le dialogue analytique avec l'enfant.

Elle est représentée dans les productions de l'enfant comprend la reconnaissance du corporel figurable, mais elles renvoient aussi au corporel à un niveau inconscient. De plus, ces productions nous informent sur les conflits psychiques de l'enfant et sur sa problématique de manière plus générale.

Ainsi, la théorie de l'image du corps peut être définie comme : « *Le récit des représentations successives que le petit humain élabore de lui-même et, notamment, d'abord dans sa toute petite enfance dès son « enfance ». L'image du corps thématise donc ainsi (...) l'histoire des représentations de soi* » (G. GUILLERAULT, 1989, p.146)⁴⁹.

Elles sont accessibles soit dans l'après coup, soit par le biais des productions de l'enfant. L'image du corps semble, en outre, accessible par le biais de l'expressivité gestuelle, mimique, et motrice de l'enfant : c'est-à-dire par l'expressivité de son corps propre.

Il faut préciser ici que l'enfant se constitue une image du corps bien avant d'avoir les capacités motrices nécessaires pour la représenter. Selon G. GUILLERAULT, cette image du corps aurait ses prémices dès la vie foetale.

Françoise DOLTO (1992. P. 23)⁵⁰, rajoute que « *C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en contact avec autrui. Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps ; car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente.* »

Le caractère précoce du processus pubertaire donne généralement aux adolescents un statut social plus avantageux. A l'inverse, une maturité pubertaire tardive peut entraîner un sentiment d'infériorité sur le plan physique et altérer l'estime de soi de l'individu.

⁴⁸DOLTO. F. 1984, *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.

⁴⁹GUILLERAULT. G. 1989, *Le corps psychique*. Essai sur l'image du corps selon F. DOLTO. Belgique, Editions universitaires Bégédis.

⁵⁰ Françoise DOLTO. 1992. *L'image inconsciente du corps*. Ed. Seuil. P. 23

L'image du corps revêt dans toute cette période une importance primordiale. L'image de soi est en relation avec l'estime de soi, c'est à dire avec le caractère négatif ou positif que l'individu a de lui-même. Ce regard (soi sur soi) peut à lui seul être source de conflits internes. « *Il n'est pas rare que la dévalorisation de l'image physique de soi diffuse à d'autres domaines et altère l'estime de soi de l'individu* » (C. TOURETTE et M. GIUDETTI, 2002, p. 142.)⁵¹.

Ne sachant plus qui il est et ce qu'il veut montrer de lui, les vêtements, la coiffure et le maquillage constituent pour l'adolescent « *une espèce de carapace provisoire* » (F. Dolto et C. DOLTO- TOLITCH. 2003, p. 24.)⁵², un mode de défense qui permet de pallier au sentiment de vide intérieur. Ils constituent également les attributs qui permettent aux adolescents d'affirmer leur identité sexuelle. Cette dimension esthétique représente le désir de mesurer leur capacité de séduction. Les succès ou les échecs dans le domaine de la sexualité sont autant d'occasions de renvoyer une image valorisante d'eux-mêmes ou au contraire de raviver les doutes qu'ils peuvent avoir quant à leur capacité de séduire, c'est-à-dire à être aimés. C'est dans la préoccupation de l'image qu'il donne à autrui que s'exprime et se fonde la recherche d'identité de l'adolescent.

La construction de l'identité s'élabore dans la relation à l'autre et notamment des pairs, constituant des points de référence pour l'évaluation de soi. L'adolescent se construit une image idéale basée sur les critères du groupe, sa morale, ses valeurs. A l'adolescence, « *on se sent beau ou on se sent laid dans la mesure ou on s'approche ou pas de cette image idéale de soi* »⁵³. La puberté confronte l'adolescent à une réalité, à sa réalité et donc à ses limites.

Françoise DOLTO différencie de façon très précise le schéma corporel de l'image du corps, même si ces deux concepts semblent liés. Elle dit que le schéma corporel est une réalité de fait, constituée à partir de perceptions. Nous pouvons préciser en disant que c'est un ensemble de processus perceptifs et organiques qui nous permettent de saisir l'unité de notre corps.

En effet, une définition que donne F. DOLTO (1984, p. 18)⁵⁴ du schéma corporel permet de saisir cette différence : « *Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques,*

⁵¹ Catherine TOURETTE et Michèle GIUDETTI, 2002, *Introduction à la psychologie de l'enfant du bébé à l'adolescent*, Ed. Armand Colin, Paris, p. 142.

⁵² Françoise Dolto et Catherine DOLTO- TOLITCH. 2003, *Le complexe du homard*, Gallimard Jeunesse, p. 24.

⁵³ Françoise DOLTO et Catherine DOLTO- TOLITCH. 2003, *Le complexe du homard*, Gallimard Jeunesse, p. 24.

⁵⁴ DOLTO. F. (1984) *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil. P. 18.

musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires - on les appelle encore coenesthésiques. ».

Ainsi, F. DOLTO nous explique qu'un schéma corporel sain peut cohabiter avec une image du corps invalide et vice versa.

L'image du corps est spécifique d'un type de relation libidinale et ainsi « *Il en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente ; elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient.* » (F. DOLTO, 1984, p. 22.)⁵⁵

Le schéma corporel pour Françoise DOLTO (1992. P. 22)⁵⁶, est le même pour tous les individus. L'image de corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. Le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient alors que l'image du corps est éminemment inconsciente : « *Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près du même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale. Il en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente; elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps tant dans les mimiques langagières que dans les images verbales* »

F.3. Sexualité et adolescence :

Tout d'abord, il faut préciser que lorsqu'on parle de sexualité, cela doit être entendu dans un sens large et ne se limite pas strictement à la pratique sexuelle. La sexualité est un concept qui dépasse largement la sphère génitale et les seules fonctions de reproduction, la sexualité existe depuis l'enfance. Elle est décrite dans les stades psychosexuels.

Rappelons brièvement ce qu'est la sexualité en psychanalyse :

La définition que nous donne FREUD de la sexualité est la suivante : « *nous considérons comme appartenant au domaine de la sexualité toutes les manifestations de sentiments tendres découlant de la source des émois sexuels primitifs, même lorsque ces émois ont été détournés de leur but sexuel originel ou qu'un autre but non sexuel est venu remplacer*

⁵⁵ DOLTO. F. (1984) *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil. P. 22.

⁵⁶ Françoise DOLTO. 1992. *L'image inconsciente du corps*. Ed. Seuil. P. 22

le premier. C'est pourquoi nous préférons parler de psycho sexualité, soulignant ainsi qu'il ne faut ni négliger, ni sous-estimer le facteur psychique » (S. FREUD, 1922)⁵⁷

Du point de vue psychanalytique, la sexualité ne concerne pas seulement les organes sexuels mais aussi l'ensemble du corps : « *Le corps est aussi l'objet d'un épanouissement personnel, source de plaisir et d'une jouissance sans arrêt renouvelée* » (BALLOUARD. Christian. 2003. P.60.)⁵⁸.

La sexualité, dans son sens le plus large, inclut l'ensemble des plaisirs tirés du fonctionnement du corps et des divers organes. « *La sexualité ne commence pas avec l'adolescence et S. FREUD l'un des premier, avait montré que, à travers les différentes manipulations masturbatoires du jeune enfant, par les interrogations de l'enfant sur l'origine des bébés, les enfants ont déjà un ensemble de représentations sur la sexualité* » (A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. P.65.)⁵⁹

Ainsi, pour FREUD, la sexualité comprend bien plus que l'acte de procréation et se manifeste dès l'enfance sous une forme prégénitale ; il emploie alors de terme de « *sexualité infantile* ».

La définition que nous donne FREUD (1922)⁶⁰ de la sexualité est la suivante : « *nous considérons comme appartenant au domaine de la sexualité toutes les manifestations de sentiments tendres découlant de la source des émois sexuels primitifs, même lorsque ces émois ont été détournés de leur but sexuel originel ou qu'un autre but non sexuel est venu remplacer le premier. C'est pourquoi nous préférons parler de psycho sexualité, soulignant ainsi qu'il ne faut ni négliger, ni sous-estimer le facteur psychique* »

Le rôle de la puberté, suivi par le développement de la maturité sexuelle, sera de regrouper les diverses pulsions prégénitales dans un ensemble unifié sous le primat de la génitalité. Ce regroupement des zones de plaisirs partiels, puis d'une certaine manière leur ordonnancement pour permettre à l'individu de trouver la satisfaction sexuelle, représente le travail psychique propre à l'adolescent. C'est ce qui le différencie de l'enfant. Comme nous l'avons précisé, ce travail ne se réalise pas en un jour : il est fait d'attentes, d'avancées, de reculs (régression), d'incertitudes, de doutes, d'inhibitions ou de passage à l'acte, illustrant les difficultés de la mise en place de cette sexualité pour chaque individu.

⁵⁷S. FREUD. 1920. *Au-delà du principe de plaisir*. Publié dans l'ouvrage *Essais de psychanalyse*. Traduction de l'Allemand par le Dr. S. JANKELEVITCH en 1920, Paris : Éditions Payot, 1968, (pp. 7 à 82), 280 pages. Collection : Petite bibliothèque Payot, n° 44.

⁵⁸ BALLOUARD. Christian. 2003. *Le travail du psychomotricien*. PARIS. DUNOD. P.60.

⁵⁹ A. BRACCONNIER et D. MARCELLI. 1991. *L'adolescence aux mille visages*. Paris. Editions universitaires. P.65.

⁶⁰ FREUD. S. 1922, *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Petite bibliothèque Payot.

FREUD (1905, P, 158)⁶¹ résume de la manière suivante ce processus de réactivation dû aux transformations pulsionnelles : « *Le danger donne l'impression de venir non seulement des pulsions du ça et des fantasmes, mais aussi de l'existence même des objets d'amour du passé œdipien et préœdipien. Leur investissement libidinal a été maintenu depuis les phases infantiles et seulement diminuées ou inhibées pendant la période de latence. C'est pourquoi le réveil des impératifs pré-génitaux ou, pis encore, les exigences génitales acquises, risquent de rencontrer ces objets et prêter une réalité nouvelle et menaçante à des fantasmes qui semblaient éteints mais qui, en fait, ne sont que refoulés* ».

Cette période est marquée par la pression pulsionnelle, la pulsion sexuelle qui était jusque là auto-érotique va trouver son objet sexuel. Un nouveau but sexuel est donné. Toutes les pulsions sexuelles partielles collaborent et vont se subordonner au primat génital qui devient érogène. Il y a également modification du corps à trois niveaux :

- Le corps physique et son schéma,
- Le corps libidinal ou sexualisé,
- Le corps symbolique : corps pour l'autre, que l'autre voit, que l'on montre à l'autre par son corps (habillement, positionnement...).

L'adolescence peut être définie comme un temps où les filles et les garçons doivent construire leur organisation sexuelle. Cette structuration s'effectuerait entre un besoin archaïque et persistant d'être aimé et le flot de pulsions érotisées qui enclenchent le mouvement actif d'aimer. (M. BARRABAND, 2001, p. 5)⁶²

L'adolescence est un passage d'une sexualité centrée sur soi (latence) à une sexualité où le partenaire à une existence propre qui existe aussi bien dans sa matérialité que dans son désir. A l'adolescence la maturité génitale permet la réalisation sexuelle qui n'est plus de l'ordre du fantasme et de l'imaginaire qui peut-être n'est pas source de satisfaction.

L'évolution de la sexualité adolescente est un passage d'une sexualité physique et éphémère à un attachement plus durable à une personne qui est aimée comme un tout.

A l'adolescence, la folie des pulsions qui font irruption est d'ordre sexuel mais aussi de l'ordre de l'agressivité. Elles sont d'autant plus désorganisantes qu'elles sont violentes, brutales et donc qu'elles génèrent de l'angoisse. Dans ce corps génital va s'inscrire toutes ces transformations à la fois sous une forme étrange et familière : il va mobiliser les traces du passé

⁶¹ S. FREUD. 1905. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Gallimard. 1987. p158

⁶² BARRABAND. M. 2001. *Les amours adolescents*. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n°45. Paris, Erès. P. 5.

qui vont resurgir et provoquer le sentiment soit de déboucher sur une organisation psychique, soit sur une désorganisation.

L'agressivité qui s'exprime doit pouvoir s'intégrer dans la personnalité. L'évolution affective de l'adolescent est un tout dynamique qui doit être considéré comme une évolution globale et non pas isolément. Cette évolution psychoaffective va prendre sens dans le contexte social et familial et son attitude dépend des attentes et demandes qui sont formulées par le contexte.

Les règles, qui extériorisent quelque chose de sa sexualité et marquent l'entrée dans la féminité, sont vécues passivement, parfois comme une souillure. Elles échappent à toute maîtrise et font de la jeune fille une femme *à son corps défendant*. L'érection (et l'éjaculation) chez le garçon, qui est sans doute pour lui le point de repère le plus visible de l'avènement de la puberté, n'est en rien comparable, car celle-ci est source de plaisir et de puissance (même si elle n'est pas sans angoisse et sans questionnement).

La sexualité en tant que réalité est un aspect nouveau dans la vie de l'adolescent. Elle suscite chez tous une grande curiosité et un désir de la découvrir, mais également une forte appréhension de cette nouveauté. La découverte de son corps sexué se fait seule, dans un grand besoin d'intimité.

Ainsi au regard de ces angoisses, l'adolescent mettra alors en place son organisation sexuelle. Elle se composera avant dix sept ans, de premiers gestes d'exploration de son corps et de son plaisir par la masturbation, qui est reconnue plus tôt et plus fréquente chez les garçons, et a une fonction de décharge instinctuelle. « *Les travaux relatifs la masturbation adolescente conduisent à mettre en évidence une différence très marquée entre les garçons et les filles (...) C'est le point d'entrée dans la sexualité masculine le plus fréquent, (...) alors que les filles sont nettement moins nombreuses à reconnaître cette pratique* » (P. COSLIN. 2004. P. 38)⁶³.

Par rapport à ce sentiment d'étrangeté, il y a des dérives pathologiques du type d'un corps désaffecté, désinvesti, corps agressé (automutilations, scarifications, conduites allant aux tentatives de suicide) ou corps maîtrisé (anorexie, boulimie) et toutes les conduites à risques, les conduites additives : pour maintenir une représentation d'une auto- fondation dans la maîtrise.

Le corps se trouve être l'objet de préoccupations, d'inquiétudes, d'angoisses, que la transition pubertaire augmente, il n'est pas étonnant qu'à cet âge, de nombreuses conduites pathologiques s'organisent autour du corps ou prennent celui-ci comme objet. Dans notre étude nous nous sommes concentrés sur l'une des conduites centrées sur l'alimentation « l'anorexie mentale ».

⁶³ P. COSLIN. 2004. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collec Cursus. Ed. Armand COLIN. P. 38.

IV- Place du corps en psychopathologie de l'adolescent :

Ce temps à hauts risques révèle, pour les sujets narcissiquement les plus fragiles, les failles structurales dessinées depuis l'enfance tout en mettant à jour des potentialités transformationnelles inédites. Du côté des failles, l'attachement aux auto-érotismes de l'enfance entraîne pour certains une impossibilité radicale à investir psychiquement un corps transformé par la puberté. La puberté a lieu, mais sans les modifications psychiques qui permettent à l'adolescent de donner sens à ces transformations souvent vécues comme dépersonnalisantes. Dans ces cas, se rencontrent les pathologies les plus lourdes (psychoses infantiles), celles qui ont peu de chance de trouver les voies de la transformation, on veut parler ici de la chance qu'offre le processus d'adolescence lorsque le cap pubertaire est franchi. Son franchissement – quand il a lieu – ouvre, en effet, à de la nouveauté : œdipe pubertaire, génitalisation du corps, réaménagement des identifications, pour ne citer que ces aspects-là.

Face à l'épreuve du pubertaire, certains adolescents résistent, ils s'accrochent aux investissements narcissiques de l'enfance. Ils tentent de faire comme s'il était possible de repousser l'échéance, voire de ne jamais s'y confronter un jour. On pense ici notamment aux différentes formes d'anorexie mentale, à l'investissement homosexuel, mais aussi aux états-limites de l'enfance et de l'adolescence, aux problématiques d'addiction (addiction aux produits toxiques, à la sexualité, mais aussi au virtuel, aux jeux vidéo, à Internet

L'adolescence se fait entendre des adultes par d'autres signes pathologiques que l'on ne saurait décrire ici en peu de mots, même s'ils constituent pourtant l'essentiel, du moins quant à la fréquence de leur apparition, de la psychopathologie (souvent transitoire) de l'adolescent. Il s'agit notamment de ce que l'on nomme les conduites à risques, conduites qui manifestent à la fois la difficulté ressentie par l'adolescent à entrer dans le processus d'adolescence et en même temps l'engagement dans ce processus par la voie d'une activité qui donne à l'adolescent l'impression de pouvoir lutter contre l'envahissement pubertaire dont il se sent être la victime. Ces conduites, comme certaines tentatives de suicide, ne sont pas seulement des pathologies ; elles traduisent aussi les recherches que font ces adolescents pour trouver une issue à leur mal-être, pour se sentir vivant, l'adolescent projette dans ces cas la violence interne liée au pubertaire, violence liée aux transformations qui affectent l'adolescent au point qu'il se sente victime de sa propre adolescence. Ce mal-être, qui peut être banal ou annoncer des troubles plus

graves à venir, nécessite souvent une aide thérapeutique face à la détresse de l'adolescent et à celle de ses parents.

L'adolescent peut prendre la voie de l'auto agression corporelle à la fois comme mécanisme de défense et/ou mentalisation corporelle et/ou stratégie identitaire interactive dont les valeurs organisatrices et initiatiques ne peuvent pas être négligées. En clair il s'agit de pathologie où le monde interne s'extériorise dans et sur un défaut d'élaboration signant une souffrance. La pensée « impensable » apparaît « corporéisée » dans un acte auto agressif à haute valeur communicative. Le travail de diffraction des émotions opéré par déplacement des représentations est court-circuité.⁶⁴

Dans le cadre de notre étude nous allons nous pencher sur l'anorexie mentale car, le risque à l'adolescence, c'est que la lente construction identitaire se réalise de manière marginale, voire pathologique. Dans ce dernier cas, l'adolescent peut élaborer un déni de la réalité, refuser les changements corporels opérés et fuir dans l'anorexie. Il peut également s'enfermer dans l'ascétisme et refuser tout ce qui évoque la jouissance et par conséquent le changement du corps.

Dans ce contexte précis, l'ennemi est toujours le corps, ce corps modifié, qui n'est pas reconnu, admis, ce corps en trop, avec cette capacité nouvelle de jouir, qui génère la crainte du dommage corporel, la peur de la jouissance incontrôlée, ce corps que l'adolescent peut faire souffrir comme pour parvenir à maîtriser ce qui échappe à son contrôle. Cette souffrance qu'il s'inflige peut se manifester dans les conduites dites à risques.

Si ce problème arrive généralement à l'adolescence, c'est parce que de nombreux problèmes se cristallisent durant cette période, modifications affectifs et modifications corporelles, aux relations avec la famille, à la psychologie individuelle et à la pression de la société. De l'interaction de tous ses éléments, va émerger le trouble alimentaire.

L'anorexie est une réponse extrême à un conflit apparemment banal et lié aux changements corporels, psychiques ou sociaux, surgissant pendant cette période charnière qu'est l'adolescence. Même banal, le conflit occasionne le trouble alimentaire du fait du terrain psychique individuel et de l'environnement familial.

Dans un autre contexte, le même conflit aurait déclenché d'autres anomalies du comportement : Une toxicomanie, une fugue, un échec scolaire, un alcoolisme, une délinquance...

Tous ses troubles ont en commun la difficulté pour l'adolescente de résoudre, à un niveau mental, une situation de tension. Le corps de l'enfant subit des modifications, avec une

⁶⁴ André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. P. 145.

nouvelle image de soi, avec des nouveaux devoirs, des responsabilités, elle devient de plus en plus indépendante et autonome et va devoir en même temps créer de nouveaux liens affectifs et intellectuels avec ses parents, ses frères et sœurs. Et lorsque que l'adolescente ne parvient pas à résoudre cette problématique, à en prendre conscience puis à la traiter psychiquement et intellectuellement, alors la réponse au conflit s'exprime par le passage à l'acte, c'est-à-dire par un trouble du comportement alimentaire.

Les anorexiques, contrairement au reste des adolescents, expriment un état de dépendance plus marqué. Cette dépendance excessive est le résultat d'un échec au processus « d'autonomie psychique », qui est normalement acquise dès son entrée en crèche ou à la maternelle.

Les relations précoces mère/enfant sont dans certains cas en cause. En effet lorsque la mère est hyperprotectrice ou bien utilise son enfant pour se valoriser elle-même, l'enfant aura du mal à différencier ses besoins de ceux de sa mère.

Cette difficulté à percevoir ses propres désirs rend l'enfant plus dépendant du milieu extérieur, il a besoin plus souvent de preuve et de soutien de la part de son environnement.

Cette dépendance est bien vécue durant la période de l'enfance car elle convient au statut « d'assisté » qu'à l'enfant ; en revanche elle sera mal supportée à l'adolescence car elle empêche le processus d'autonomisation affective, issus des transformations corporelles et psychiques liées à cet âge. N'ayant pas de contrôle sur ses propres relations affectives, l'adolescente va donc chercher à contrôler avec excès son appétit. C'est une façon de garder sa propre identité.

Ces adolescentes –cette pathologie touche majoritairement les jeunes filles- n'arrivent pas à désinvestir leur premiers objets d'amour afin de se tourner vers une vie adulte et accepter leur corps de femme. La dépendance à la nourriture marque leur fragilité interne bien que les conflits essentiels se situent **au niveau du corps**, projection du psychisme.

V. Adolescence et anorexie :

L'adolescence est donc avant tout un phénomène pubertaire. Cette transformation du corps, si rapide, peut faire violence au jeune. Elle vient comme une cassure brutale entre l'enfance et l'adolescence. Le corps de l'adolescent change à une telle rapidité qu'il en devient autre et le jeune peut venir à s'interroger sur cet « autre » qu'il devient. Tout le travail de l'adolescent sera d'accepter ces transformations sans se perdre, c'est-à-dire en maintenant intègre son identité malgré cette image qui change dans le miroir. « *Ainsi l'homme achèverait la découverte de son corps à la fois à travers son accession à la génitalité et grâce aux tendances libidinales des autres dirigées vers lui* » (P. COSLIN. 2004, p 22.)⁶⁵

Pour certains adolescents, le corps devient un ennemi, car il est peu fiable : poussée d'acné, mue de la voix. Ces changements corporels et leur impact sur l'image du corps entraînent parfois des comportements particuliers : désinvestissement du corps (refus de se laver) ou à l'inverse surinvestissement corporel (se regarder des heures dans le miroir) comme si l'adolescent cherchait mieux à s'approprier son corps, accepter son propre regard afin de mieux accepter le regard des autres.

Ainsi ces transformations corporelles marque le passage à la maturation génitale est générateur d'angoisses du fait d'un décalage entre la maturité sexuelle de l'adolescent et sa maturité affective. Il doit assumer les signes d'une sexualité active alors qu'affectivement il n'est encore qu'un enfant.

« *Les réponses à ces angoisses se traduisent dans l'immédiateté par trois types de réflexions vitales :*

- *la dérive alimentaire : boulimie avec surpoids jusqu'à l'obésité ou l'inverse au maximum anorexie mentale ;*

- *la dérive affective : l'adolescent ne se sent pas aimé, entendu, compris par les adultes, en particulier d'abord en famille. Cela se traduit par des constructions affectives rêvées et sans issue la plupart du temps, avec engagements sexuels de plus en plus fréquents et sans lendemain dont les adultes ne voient pas les conséquences (...)* ;

⁶⁵ COSLIN. P. 2004, *Psychologie de l'adolescent*. collec Cursus. Ed. Armand COLLIN. P. 22.

- la dérive « argent » consiste à rechercher les meilleurs moyens de gagner rapidement de l'argent, en n'hésitant pas à revendre de la drogue, à vendre ou à acheter les derniers jeux violents qui circulent dans les écoles, pour s'enfermer dans une violence virtuelle. » (JEAMMET. P. 1998.)⁶⁶.

L'apparition des premières règles constitue pour l'adolescente un épisode marquant dans le processus pubertaire. Elle indique, sur le plan biologique, la capacité de reproduction et signifie pour la jeune fille le passage au statut de femme. Le développement de la poitrine, s'il évoque la possibilité d'allaitement, acquière « le double symbole de la sexualité féminine »⁶⁷, celui de mère et de femme. Le développement des seins est vécu au début de la puberté « comme la partie la plus sexualisée »⁶⁸ du corps. Il génère à la fois fierté pour certaines et gêne pour d'autres qui éprouvent le regret de quitter l'enfance ou d'offrir une apparence disgracieuse. En ce sens, le refus de la féminité peut entraîner le refus du corps.

Comme le souligne P. COSLIN, « le vécu de cette sexualité peut alors être négatif ou positif chez la jeune fille (...) selon les informations qu'elle a préalablement reçues »⁶⁹.

Par ailleurs, la croissance staturo-pondérale chez l'adolescente génère des transformations de la silhouette. L'élargissement du bassin et l'accumulation de graisses sur certaines parties du corps focalisent l'attention de la jeune fille qui peut éprouver le désir de réduire son poids pour se rapprocher des standards de beauté associés à la minceur.

Des pathologies telles que conduites anorexiques peuvent alors apparaître, notamment dues à des images du corps faussées. La jeune fille anorexique exprime quasi systématiquement l'impression « d'être trop grosse » et se lance dans un premier régime alimentaire pour perdre du poids. Ce premier régime pourrait être en lui-même sans gravité et conduire à une meilleure acceptation de son image. Or, chez la jeune fille anorexique, il prend la forme d'une véritable obsession de la perte des calories et d'une déformation grave de la perception de son image corporelle conduisant à la recherche d'un amaigrissement absolu et dangereux.

Ce qui apparaît fondamental dans ce symptôme, et porteur de réflexions qui dépassent le cadre de la psychopathologie, relève d'une confrontation essentielle entre l'adolescente et l'émergence de sa féminité dans son corps et dans ses représentations, et plus particulièrement

⁶⁶ JEAMMET. P. *Conduites suicidaires à l'adolescence*. Avant-propos. *La Revue du praticien* ; Tome 48 -Septembre 1998.

⁶⁷ COSLIN. P. 2004, *Psychologie de l'adolescent*. collec Coursus. Ed. Armand COLLIN. P. 22.

⁶⁸ Idem. P. 22.

⁶⁹ Idem. P. 26.

dans les images du féminin, due à une mauvaise identification à la mère en tant que représentation de la femme et donc souvent un refus de la féminité naissante.

En effet, cette petite fille sage devenue adolescente, confrontée à l'énigme de sa féminité naissante, se trouve dans une impasse. Sa parole et son désir ne peuvent pas s'exprimer. Son corps va alors lui servir d'intermédiaire exclusif pour manifester sa parole dans une articulation autour du « rien »⁷⁰. La privation de nourriture, symptôme principal de l'anorexie, répond étroitement à cette contrainte et signifie littéralement « *je ne veux rien manger* ». L'amaigrissement qui en découle et l'aménorrhée qui l'accompagne inscrivent cette demande du rien dans le corps propre de l'adolescente dont les transformations progressives trahissent le succès du montage inconscient.

L'alimentation comme la sexualité sont reléguées au second plan et sont souvent dénoncées pour leur « vulgarité » ou leur « humiliante banalité ».

VI. Problématique du corps chez l'anorexique :

A. Relation au corps chez l'anorexique :

Le terme « corps » est à l'intersection de multiples interrogations de l'individu sur lui-même, sur sa place dans la société et ses relations avec les autres. Il porte d'innombrables questions que notre culture se pose à elle-même. Comme à bien d'autres époques, les corps sont comme le « miroir » d'une société, en ses contradictions, en ses aspirations, en ses dysfonctionnements. Les corps individuels, le corps social, reflètent les craintes et les désirs de la culture, les errances et les espérances des individus.

L'étrange attitude des anorexiques envers leur corps resterait une énigme si l'on n'essayait de comprendre au-delà de l'ambiguïté du terme de corps les significations qu'il comporte. (GUILLEMOT, A et LAXENAIRE, M, 1997)⁷¹

En 1973, H. BRUCH⁷² considère l'anorexie essentiellement comme un trouble de l'image du corps provoqué par des perturbations de la perception intéroceptive. Ces perturbations, qui se manifesteraient par une incapacité à reconnaître les sensations et les besoins du corps, seraient consécutives à des attitudes pathogènes de la mère. Celle-ci

⁷⁰LACAN, J. *Le séminaire Livre VIII Le Transfert*, Seuil, 2001.

⁷¹ GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mental et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection « Médecine et psychothérapie », p.35.

⁷²BRUCH. H. *Les yeux et le ventre : l'obèses, l'anorexique et moi dedans*. Paris : Payot, 1975

répondrait à toute demande affective de l'enfant par l'alimentation et, en conséquence, lui empêcherait de percevoir ses besoins réels tels que la faim, la fatigue, le sommeil, etc. Ce vécu pouvant perturber les capacités concernant la reconnaissance des perceptions intéroceptives provoquerait une fragilité de la délimitation du moi et un défaut de la construction de l'image du corps. En 1990, H. BRUCH⁷³ confirme les trois caractéristiques principales de l'anorexie mentale énoncées auparavant, notamment la perception presque délirante du corps - trouble de l'image du corps -, la confusion des sensations corporelles et un sentiment exagéré d'inefficacité. Bien qu'elle soutienne encore ces trois aspects, elle aurait tendance à les considérer comme l'expression d'une idée de soi défectueuse, la crainte d'un vide intérieur et la peur d'avoir quelque chose de mauvais en soi.

Cela pourra sembler paradoxal et pourtant, dans l'anorexie, la préservation de l'intégrité du corps joue un rôle important. En refusant à son corps la nourriture indispensable à la vie, l'anorexique tente de trouver un espace dans lequel elle pourra désirer. Une sorte d'île intérieure. La maigreur devient l'objet d'une véritable quête, la recherche d'une perfection (image d'une unité première, présentée souvent comme l'innocence, le paradis perdu à reconquérir par la maîtrise du corps) qui associe à la recherche de l'origine la tentative désespérée de trouver le lieu d'où pourra advenir la parole : « la « parole parlante d'un JE », et non (...) la parole parlée du « on » de l'institution », comme l'explique Marc Alain OUAKNIN (cité par BOURCILLIER, 2007, p, 21)⁷⁴.

Les relations pathologiques que l'anorexique entretient avec l'image du corps ont été aussi mises en avant par la perspective cognitivo- comportementale, selon laquelle l'anorexie serait liée à une déficience des processus de maîtrise face aux nouvelles demandes de l'adolescence. Dans une société qui valorise l'apparence, la perception négative du corps et la peur d'être grosse susciteraient des sentiments d'autoévaluation, d'inadéquation et d'incompétence. En 1985, S. ORBACH⁷⁵ considère que les magazines féminins présentent les régimes et le contrôle du poids comme une solution aux difficultés d'adaptation et à la crise de l'adolescence. La volonté de maigrir serait alors une conduite d'évitement qui permettrait à l'adolescent de faire face à une situation angoissante d'échec d'adaptation. BRANCH et

⁷³ BRUCH. H. *Conversations avec des anorexiques*. Paris : Payot, 1990.

⁷⁴ Patricia BOURCILLIER. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 21.

⁷⁵ ORBACH. S. « *Accepting the symptom : A feminist psychoanalytic treatment of anorexie nervosa* » in : GARNER D. M., GARFINKEL P. E. (eds). *Handbook of Psychothérapie for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p.83-104.

EURMAN⁷⁶ proposent que l'amaigrissement susciterait également des renforcements positifs externes et internes, produits habituellement au sein de l'entourage familial et social sous forme d'encouragements. A partir d'un questionnaire visant à analyser les attitudes de la famille et des amis, ils ont observé que l'acceptation et l'approbation étaient évoquées le plus souvent, et que l'anorexique était fréquemment jugée attractive, enviée ou admirée.

Toujours selon une perspective cognitivo- comportementale, P. SLADE (1982, 21, p. 167-179)⁷⁷ développe un modèle de l'anorexie mentale basé sur le paradigme de l'analyse fonctionnelle. Comme pour tout comportement, il définit la symptomatologie anorexique par deux ensembles de variables : les événements antécédents et les événements conséquents. Selon cet auteur, l'anorexie serait le résultat d'un manque de stratégies pour faire face aux perturbations émotionnelles. SLADE propose que la perte de poids initiale soit un événement qui renforcerait et maintiendrait le jeûne ou les comportements compensatoires tels que l'exercice physique, les purges, etc. Suite à une perte initiale de poids, l'anorexique serait captivé par ce succès et lui donnerait une importance exagérée qui se manifesterait par une perception surévaluée de l'image du corps. Le jeûne serait alors un comportement pour éviter cette pénible perception qui viendrait ainsi renforcer négativement le comportement problématique.

Le modèle de SLADE pose surtout le besoin de contrôle au centre de l'anorexie mentale et de son maintien⁷⁸. Ce besoin se manifesterait au travers d'une restriction alimentaire qui serait renforcée positivement par les sentiments de succès résultants et négativement par la crainte de la prise de poids. Le succès consécutif à la perte du poids aurait une fonction renforçatrice lorsque l'anorexique a le sentiment de vivre plusieurs échecs ou de ne pas avoir le contrôle sur les événements de la vie. Bien que ce modèle prenne en compte la forme du corps et le poids, ces paramètres ne sont pas mis au centre de l'anorexie.

En 1985, D. M. GARNER et al.⁷⁹ Poseront ces paramètres au centre de leur modèle cognitif. Selon ces auteurs, la plupart des comportements observés chez les anorexiques seraient

⁷⁶ BRANCH. H., EURMAN. K. J. *Social attitudes toward patients with anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 1980, 137, p.631-632.

⁷⁷ SLADE. P. *Toward a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. British Journal of Clinical Psychology, 1982, 21, p. 167-179

⁷⁸ GARNER. D.M., BMIS. K.M.. *Cognitive therapy for anorexia nervosa* in : Garner D.M., GARFINKEL. P.E. *Handbook of Psychothérapie for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p. 107-146

⁷⁹ GARNER. D.M., BMIS. K.M. « *Cognitive therapy for anorexia nervosa* » in : Garner D.M., GARNFINKEL. P.E. *Handbook of Psychothérapie for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p. 107-146

le résultat de croyances, d'attitudes et de suppositions concernant la signification du poids corporel, et les facteurs renforçateurs conforteraient la croyance de la patiente selon laquelle il est absolument nécessaire d'être mince. Gouvernées par des impératifs internes d'évitement, les anorexiques deviendraient de moins en moins susceptibles de prendre en compte les informations ou expériences qui mettraient en doute leur système de croyances. En 1993, GARNER⁸⁰ propose un modèle qui présente les troubles alimentaires comme un trouble multi déterminé. Le contrôle du poids serait, selon cet auteur, le meilleur moyen de s'auto-évaluer, de juger la valeur et l'efficacité des actions.

En 1993, le modèle cognitif de VITOUSEK et EWALD⁸¹ accorde une place centrale aux processus d'information, à la représentation de soi, aux variables de personnalité et à la motivation des patients. Selon ces auteurs, les symptômes alimentaires seraient maintenus par un ensemble d'idées surestimées concernant la forme corporelle et le poids. Ces idées seraient provoquées par l'interaction de caractéristiques individuelles stables - comme le perfectionnisme et l'ascétisme - et les difficultés dans la régulation des affects associés à des idéaux socioculturels concernant la beauté de la femme. Selon ce modèle, il y aurait chez les anorexiques une distorsion entre la représentation mentale et l'apparence réelle du corps. Les sujets auraient tendance à avoir une représentation négative de leur physique, ce qui entraînerait des sensations d'insatisfaction par rapport à ce corps ou à une partie de celui-ci. Il arrive, en outre, que des anorexiques se perçoivent comme beaucoup plus grosses qu'elles ne le sont réellement en considérant leurs déformations de sensations comme une réalité alors qu'il s'agirait d'une erreur de pensée ou d'une distorsion cognitive⁸². Le thème de la surestimation du poids a fait l'objet de plusieurs recherches. WHITEHOUSE et al⁸³ ont utilisé une méthode qui permet de modifier une image télévisée du corps en l'élargissant ou en la rétrécissant et l'adolescente doit indiquer quand l'aspect réel est atteint. Ils ont constaté l'absence de différence entre la moyenne des réponses des anorexiques et du groupe de contrôle. Une surestimation marquée du volume du corps serait rare et, en général, les anorexiques auraient conscience de leur minceur, mais elles se sentiraient grosses. Selon ces auteurs, la peur d'être grosse renverrait

⁸⁰ Garner D.M. « *Psychoeducational principles in treatment* » in : GARNER D.M., GARFINKEL. P.E. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1997, p. 145-177.

⁸¹ VITOUSEK. B.K., EWALD. S.L. « *Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective* » in : SEGAL. Z.F., BLATT. S. J. *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York : The Guilford Press, 1993, p. 221-257

⁸² APFELBAUM-IGOIN. L., CEULEMANS. V., CHARLIER. D. et al. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitements*. Bruxelles : Editions De Boeck, 1996.

⁸³ WHITEHOUSE. A.M., FREEMAN. C. O. L., ANNANDALE. A. « *Body size estimation in anorexia nervosa* » . British Journal of Psychiatry, 1988, 153, p. 23-26.

plutôt à une dépréciation de l'image du corps ou à un mécanisme dysmorphophobique qu'à un trouble de la perception du corps.

A.1. Le corps de l'anorexique

Véritable aiguillon des transformations psychiques le corps, qui s'exhibe dans une pathologie, témoigne d'une faillite des représentations psychiques plongeant l'adolescent dans des systèmes économiques et compensatoires complexes. Le corps devient le lieu de résolutions des conflits et des résorptions pulsionnelles dans une homéostasie tissée d'ambiguïtés. Les transformations pubertaires, notamment avec les mouvances du référentiel postural, du schéma corporel, de l'image du corps et du corps social, offrent de multiples voies expressionnelles à ces pathologies.⁸⁴

Le corps symptôme devient objet transitionnel et/ou transactionnel d'une relation de dépendance parents- enfants établie dans la petite enfance⁸⁵.

« Les troubles du comportement alimentaire les plus graves (anorexie, boulimie) sont étroitement liés à ce concept d'image du corps et d'acceptation des modifications corporelles dues à la puberté. Mais des troubles de relation mère-fille dans le développement infantile précoce sont retrouvés dans ces troubles pathologiques. » (D.A. CASSUTO, 2004.)⁸⁶

L'auteur M. SANCHEZ (1990, p.35.)⁸⁷ Relève que : *« Le corps est au centre de l'expression psychopathologique. Il apparaît à cet âge comme à la fois ce qui est le plus étranger et le plus interne au sujet ; il est ainsi le lieu de figuration des conflits intrapsychiques en même temps qu'il favorise leur méconnaissance ».*

M. SANCHEZ (1990, p.35.)⁸⁸, remarque que les relations à son corps sont au cœur du problème des personnes anorexiques. Le sujet est perturbé dans la relation à son corps. Dans le cas de l'anorexie, le sujet se sent obligé de modifier certains aspects de son corps afin de le conformer à une image idéale.

L'auteur Bernard BRUSSET⁸⁹ mentionne que le corps peut devenir un lieu intense de satisfactions où le contrôle de ce qui est ingéré et de ce qui est éliminé est omnipotent. Le

⁸⁴ André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. P. 140.

⁸⁵ André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. P. 144.

⁸⁶ D.A. CASSUTO, Je suis trop grosse : je veux faire un régime. Interaction mère-enfant. In Sixième journée MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT Poitiers – 27 Novembre 2004 Contrôler sa faim, contrôler son poids. Questions d'adolescence... p. 33.

⁸⁷ SANCHEZ-CARDENAS, M. 1990, *Le comportement boulimique*, Ed. Masson : Paris, p.35.

⁸⁸ SANCHEZ-CARDENAS, M. 1990, *Le comportement boulimique*, Ed. Masson : Paris, p.35.

⁸⁹ BRUSSET, B. 1998, *La psychopathologie de l'anorexie mentale*, Ed DUNOD : Paris, p.80-81

sommeil, les plaisirs mais surtout la satisfaction alimentaire sont écartés afin d'éviter le moindre relâchement à ce corps. Bernard BRUSSET remarque que deux dimensions doivent être envisagées dans les perturbations de la relation du sujet à son corps. L'argumentation de ces dimensions est complexe, mais très significative.

1. la première concerne l'apparence : le sujet valorise la minceur, il est obsédé par la peur de grossir. Tout défaut peut apparaître comme une perturbation ce qui démontre l'aspect tyrannique de cette apparence corporelle. Perdre du poids est une source de satisfaction et de contrôle sur soi, dont l'échec peut menacer le sentiment d'identité et d'intégrité (angoisse de dépersonnalisation).

2. la deuxième concerne les expériences corporelles (la faim, l'ingestion, la digestion, l'acte alimentaire) : la faim est une source de plaisir qui peut culminer dans « *l'orgasme de la faim* ».

Pour conclure, on cherche ici, à tenter d'appréhender ce regard que les adolescentes anorexiques portent sur leur corps qui témoigne également du regard porté par le social sur les représentations du corps.

Ainsi, il apparaît que l'anorexie ne peut se résumer, du point de vue clinique, à un simple alignement de symptômes, car ce symptôme présente la particularité d'avoir une histoire qui dépasse le cadre proprement clinique, en mettant en scène une forte composante sociale ou culturelle dans laquelle la question des images du corps occupe une place centrale. Mais si le corps peut être l'objet d'un surinvestissement, du côté d'un amour éperdu, cela s'accompagne nécessairement de son corollaire – la haine – qui peut aller jusqu'à le faire disparaître.

B. Identité et identification chez l'adolescente anorexique :

À l'adolescence, la jeune fille se retrouve démunie devant cette période de questionnement identificatoire et les transformations pubertaires de son corps qu'elle refuse. Dans ce contexte où les identités sont mal définies, elle se sent alors incapable de faire face aux nouvelles exigences d'adaptation. Les frontières Moi/ non Moi restent fragiles et floues, ce qui engendre une confusion des identités, une ambivalence interpersonnelle ainsi que des difficultés relationnelles.

Elle n'a pu s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même.

Par ailleurs, elle ne se résout pas malgré tout à rejeter sa mère, dont elle reste fantasmatiquement très dépendante, et elle déplace son rejet sur la nourriture qui la symbolise.

Aussi, dans un tel contexte, on ne s'étonnera pas que l'anorexique refuse obstinément de s'alimenter, prouvant par la même sa résistance et sa volonté de vivre, en faveur donc plus d'une pulsion de vie, que d'une pulsion de mort. Il ne s'agit pas de « se laisser aller » pour mourir, mais bien de résister à une torture insupportable.

Elle éprouve à l'égard de ses mères, des sentiments clivés d'amour et d'agressivité, très culpabilisées, une agressivité qu'elle retourne contre elle-même sous une forme masochiste. La jeune fille ne ressent pas son corps comme lui appartenant et se vit comme un objet de complétude narcissique d'une mère omnipotente dont elle reste soumise, la haine envers le corps et envers la mère se confondant.

Le passage à l'acte anorexique lutte contre l'emprise par l'objet et soutient en même temps cette emprise. Dans une tentative d'échapper à l'obsession des représentations de sa mère et du traumatisme lié à l'inceste, elle tente par l'anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle.

C'est un moyen pour elle de se sentir quelque peu en possession de ce corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à ses imagos féminins, qui ne la satisfont pas (mère, tante, grand-mère). Il se produit alors une scission du Moi entre un Moi corporel repoussant, intégrant le mauvais objet, et un Moi idéal asexué⁹⁰.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère- enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle.

La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet. Ces conduites ne flirtent avec la pathologie que lorsqu'elles se répètent et construisent une néo-identité corporelle négative (D. MARCELLI, A. BRACONNIER, 1983)⁹¹.

On alors, est en face d'un narcissisme négatif, qui selon EMMANUELLI (M. EMMANUELLI, 2001, p. 100)⁹², désigne « *Les aspects négatifs du narcissisme se donnent à voir dans l'accentuation de la coupure avec l'extérieur, susceptible d'entraîner un*

⁹⁰ SELVINI-PALAZZOLI et AL. (1978), *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

⁹¹ D. MARCELLI, A. BRACONNIER, 1983. *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris. Masson.

⁹² EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod. P. 100.

désinvestissement du monde objectal et, dans la défense contre celui-ci, un appauvrissement du moi dont les conséquences se lisent dans le défaut de fantasmatisation. ».

Ces manifestations renvoient à un narcissisme pathologique qui en fait rend compte d'un investissement libidinal dans une structure de soi pathologique. Il s'agit alors d'un soi grandiose pathologique qui contient les représentations du soi réel, du soi idéal et de l'objet idéal.

B. 1. Anorexie et anti-narcissisme.

Selon, F. PASCHE⁹³, l'anti-narcissisme correspond à la « *tendance primordiale du sujet à renoncer à une partie de sa libido au profit de l'objet.* ». On peut voir dans ce dessaisissement de libido au profit éventuel d'un objet extérieur une manifestation de l'instinct de mort « thanatos ». Cependant, en même temps l'adolescente va bénéficier de la libido dont l'objet est la source, renvoyant ainsi à l'instinct de vie « éros ».

Ainsi, selon EMMANUELLI, l'adolescente est prise dans un double mouvement inverse qui la pousse d'une part à s'appauvrir en libido au profit de l'objet, à se détruire ; d'autre part, à récupérer des forces de vie en s'imprégnant de l'amour dont l'objet dispose.

De plus, pour P. GUTTON, « puberté » rime également avec « anti-narcissisme » puisque la création d'un objet extérieur venant remplacer les objets oedipiens est « *une force de déperdition, produisant l'anti-narcissisme* » (P. GUTTON, 1991, p. 143)⁹⁴.

En ce qui concerne l'anti-narcissisme durant l'adolescence, M. EMMANUELLI⁹⁵ - qui n'emploie pas ce terme - explique très bien la position adolescente entre narcissisme et anti-narcissisme.

Selon lui, durant cette période, les relations entre l'axe objectal et l'axe narcissique sont susceptibles de se conflictualiser. Alors, s'amplifient deux mouvements contradictoires d'ouverture vers autrui - citant P. BLOS il écrit « l'adolescent a faim d'objets » - et un souci aigu d'indépendance et d'autonomie.

L'auteur explique en outre que ce conflit peut être générateur de pensées et d'affects, mais il peut également sidérer les processus de pensée. Ce qui détermine l'issue du conflit dépend en fait des modalités relationnelles ancrées dans la petite enfance et sur lesquelles s'étaient les assises narcissiques.

Pour EMMANUELLI, l'accroissement de l'investissement libidinal de soi chez l'adolescente anorexique, s'accompagne de l'accroissement de l'investissement libidinal de l'objet.

⁹³PASCHE. F. (?) *L'anti-narcissisme* (article Internet : http://www.megapsy.com/Autres_bibli/biblio045.htm)

⁹⁴ GUTTON. P. 1991, *Le pubertaire*. Paris. Presses Universitaires de France.P.143

⁹⁵EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod

Dans ce cas, les rapports entre narcissisme et anti-narcissisme ne se présentent plus sous l'angle conflictuel.

Cependant, il précise concernant l'adolescence que le mouvement de centration sur soi peut entraîner un accroissement de la libido objectale voir même entraîner un surplus de libido utilisable pour la sublimation, mais il faut que le mouvement originel d'investissement du soi soit positif.

B. 2. Narcissisme et problématique de séparation.

M. EMMANUELLI (2001)⁹⁶ nous rappelle ainsi que les processus de séparation qui sont au premier plan du travail psychique de l'adolescent sollicitent, de manière importante, le narcissisme des adolescents.

Selon l'auteur, la capacité à traiter psychiquement la perte d'objet réactivée durant cette période dépendrait pour une grande part de la qualité et de la solidité des assises narcissiques du sujet.

Il clarifie alors son propos à l'aide d'explications plus concrètes :

Cette qualité et cette solidité des assises narcissiques se manifesteraient par le sentiment de continuité d'exister et par le sentiment d'estime de soi, dépendant ainsi de la continuité et de la qualité des soins maternels.

En outre, la nature des assises narcissiques serait liée à l'établissement affirmé des limites entre dedans et dehors et à l'espace interne délimité provenant de ces limites.

Enfin, l'auteur explique que la nature de ces assises serait également liée à l'intériorisation des objets vécus comme bons et fiables susceptibles alors d'être protégés par le sujet lui-même de ses mouvements destructeurs.

Selon l'auteur, l'angoisse de perte d'objet qui se manifeste de manière particulièrement importante à l'adolescence reflèterait l'articulation étroite entre : constitution du narcissisme et élaboration de la position dépressive durant l'enfance.

M. EMMANUELLI (2001)⁹⁷, faisant référence aux concepts KLEINIENS, explique alors que le sentiment de ne pouvoir réparer l'objet maternel mis à mal par les attaques fantasmatiques constitue un facteur d'angoisse et une blessure narcissique pour l'enfant.

L'adolescent, dans un repli narcissique va donc devoir investir un objet extérieur dans un mouvement anti-narcissique. L'objet élu sera alors choisi selon le type de choix d'objet du sujet.

⁹⁶ EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod

⁹⁷ EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod

B.3. Schéma corporel chez l'anorexique :

Si l'acquisition de la puberté et de ses attributs constitue sur le plan physiologique un bouleversement pour l'adolescent, ces modifications hormonales et morphologiques ne sont pas sans avoir de répercussions sur le plan psychologique « *et peuvent avoir des répercussions sociales* »⁹⁸. Toutes ces transformations sont ainsi obligatoires, imposées et subies par l'adolescent, et peuvent le rendre méconnaissable à lui-même. La rapidité des transformations corporelles amène l'adolescent à « *modifier l'image qu'il s'était fait de son corps en intégrant ses caractéristiques sexuelles* »⁹⁹.

Sans doute ces distorsions ont-elles entraîné une malformation et une méconnaissance des limites de son MOI, de son sens de l'identité et de l'image du corps, une inaptitude à conceptualiser les besoins émotionnels et un sentiment de trop grande dépendance (BOURCILLIER. P. 2007 ; P, 63.)¹⁰⁰.

B.4. Image du corps chez l'anorexique :

A travers le rejet du corps et de ses besoins c'est l'incapacité d'intégrer les transformations physiques et affectives de la puberté et le refus de la sexualité génitale qui s'expriment chez la [jeune fille anorexique mentale](#). Ascétisme et intellectualisation sont poussés à l'extrême. Le corps mince souhaité, [fantasmé](#), a une connotation phallique constamment [refoulée](#). Le corps réel est vécu comme insatisfaisant et n'est pas vu dans son apparence réelle. L'anorexique n'est plus objective dès qu'il s'agit de son corps. Elle dénie sa maigreur. Même [cachectique](#) elle se trouve trop grosse. Elle ignore le risque vital.

On sait que l'image du corps se construit progressivement en fonction du regard d'autrui et, du regard maternel qui permet au sujet non seulement de saisir dans l'espace les lignes de sa silhouette (le schéma corporel), mais encore d'y concentrer sa libido et d'investir ainsi l'ensemble de son corps. Somme toute, ce serait à l'indifférence ou à la haine d'un regard que le sujet se serait identifié provoquant la négation et la méconnaissance du corps propre. Ce que définit moult anorexiques, c'est la forme singulière de cruauté qu'elles tournent contre elles

⁹⁸ Catherine TOURETTE et Michèle GIUDETTI, 2002, *Introduction à la psychologie de l'enfant du bébé à l'adolescent*, Ed. Armand Colin, Paris, p. 142.

⁹⁹ Idem. p. 142.

¹⁰⁰ BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher. P, 63.

mêmes, parce qu'elles vivent dans leur propre corps « *l'alliance contractuelle de la mère orale* » (Patricia BOURCILLIER. 2007. P, 88)¹⁰¹.

L'image du corps est donc profondément touchée dans l'anorexie mentale. Il y'a une sorte de déni du corps, un désir d'être sans corps. L'anorexique établie une relation d'objet sadique avec son corps, qui représente le mauvais objet. (MAREAU Charlotte, Adeline VANEK DREYFUS, 2004, p.115)¹⁰²

B.4.a. L'insatisfaction corporelle et anorexie mentale :

Une littérature abondante a montré le rôle fondamental de l'insatisfaction corporelle dans le déclenchement mais également dans le maintien de ces troubles. D'après MAISONNEUVE et BRUCHON- SCHWEITZER (1999)¹⁰³, les études réalisées ont souvent réduit l'insatisfaction à un écart entre corps réel et idéal (écart calculé entre des somatotypes).

L'image du corps implique une évaluation de certaines fonctions et attributs de son corps (jeune/vieux, vide/plein, pur/impur...) et pas seulement de sa structure (c'est pour cela que nous avons choisi le questionnaire QIC).

Plusieurs études prospectives ont mis en évidence l'effet prédictif de l'insatisfaction corporelle sur le développement de TCA en population non- clinique (BALL et LEE, 2002¹⁰⁴; COOLEY et TORAY, 2001¹⁰⁵; KILLEN et al, 1994¹⁰⁶).

Une image du corps négative serait même le facteur qui détermine le plus les pathologies alimentaires ultérieures d'après la méta- analyse de STICE (2002)¹⁰⁷.

D'après POLIVY et HERMAN (2002, p. 187-213)¹⁰⁸, tous les individus ne répondent pas de la même manière à l'insatisfaction corporelle, certains en souffrent parce qu'ils souhaitent avoir un corps parfait, d'autres non. Cette idéalisation du corps donnerait lieu à des comportements de contrôle du poids et des prises alimentaires chez certains individus pour lesquels il y a une assimilation entre le corps et l'identité (le poids, la silhouette, la beauté...).

¹⁰¹ BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher. P, 88.

¹⁰² MAREAU Charlotte, Adeline VANEK DREYFUS, 2004, *L'indispensable de la psychologie*, Publié par Studyrama, 224 pages. P.115.

¹⁰³ MAISONNEUVE, J., et BRUCHON-SCHWEITZER, M. 1999. *Le corps et la beauté*. Que sais-je ? PUF.

¹⁰⁴ BALL, K., et LEE, C. 2002. *Psychological Stress, Coping, and Symptoms of Disordered Eating in a Community Sample of Young Australian Women*. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 71-81.

¹⁰⁵ Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body Image and Personality Predictors of Eating Disorder Symptoms During the College Years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.

¹⁰⁶ KILLEN, J. D, TAYLOR, C. B., HAYWARD, C., WILSON, D. M., HAYDEL, K. F., HAMMER, L. D., et al. 1994. Pursuit of Thinness and Onset of Eating Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescent Girls: A Three-Year Prospective Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 227-238.

¹⁰⁷ STICE, E. 2002. Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology : A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.

¹⁰⁸ POLIVY, J., et HERMAN, C. P. 2002. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

De cette manière, les croyances de ces individus les amènent à la « restriction cognitive ». La restriction cognitive consiste à manger selon des plans préétablis, dans des quantités préétablies, sans tenir compte des informations que nous fournit notre organisme (faim, satiété) (POLIVY et HERMAN, 1987. P. 635-644.)¹⁰⁹.

Nous sommes également ici en présence d'un phénomène circulaire :

Insatisfaction corporelle- comportement alimentaire perturbé- insatisfaction corporelle.
En effet, la restriction cognitive se définit par deux états alternatifs :

Le premier se caractérise par un hyper contrôle au cours duquel le sujet inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire ;

Le second consiste en un état de perte de contrôle (prenant la forme d'accès hyperphagique) menant à un sentiment profond de culpabilité et un retour aux règles encore plus rigides à des stratégies de contrôle nécessaires au projet d'amaigrissement.

C. Adolescente anorexique et sexualité :

Elles sortent de la période de latence et sont confrontées à la réactivation des sensations sexuelles et aux transformations corporelles. Elles doivent se reconnaître dans leur corps mais aussi se sentir indépendantes physiquement du corps maternel dont elles ne sont plus le prolongement. Ce processus de séparation est facilité, dans le cas de mère contenant par la place du père entre la mère et la jeune fille. C'est alors seulement que l'adolescente pourra accéder à une identité sexuelle possible. Pour les anorexiques qui sont dans le contrôle, l'ascétisme est également source de jouissance.

A ce stade, seul le corps devient apaisant, rassurant, toutes les activités du corps sont vécues et racontées en terme de comportement machinal dans une dimension qui paraît toujours au bord d'une réduction à un plaisir d'organe, dont l'auto-érotisme serait le modèle. Le travail de la bouche et du sexe attestant la faim de tendresse, mais aussi la fin de toute illusion (BOURCILLIER. P. 2007, *P*, 185)¹¹⁰. Ainsi l'alimentation rend compte de la spécificité du désir addictif et de sa signification régressive et autoérotique, compensatoire de frustration par un plaisir mêlé d'effroi et de dégoût, qui exclut l'autre.

L'anorexique s'adonner à une relation de plaisir avec son corps revient à l'accepter comme représentant parental ; bref à embrasser ce qu'il refoule le plus : la dépendance. A partir d'une telle ambivalence se reconnaître dans son corps sexué entraîne un travail psychique à

¹⁰⁹ POLIVY, J., & HERMAN, C. P. 1987. Diagnosis and Treatment of Normal Eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 635-644.

¹¹⁰ BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher. *P*, 185.

étayage pulsionnel. « Lorsque ce processus délicat achoppe, notamment par des parents et /ou de leurs images dans la constitution de son soi corporel, surgit une délibidinisation avec un clivage entre corps externe et interne entraînant à terme un blocage des identifications avec un corps mécanisé et maîtrisé. La transcription symptomatique d'un tel clivage s'étend d'un masochisme basal à l'anorexie en passant par la dysmorphophobie et les pathologies dermatologiques. » (PH. JEAMMET, 1984)¹¹¹.

En luttant contre la faim, en faisant échec à ses [pulsions](#), l'anorexique éprouve un sentiment de puissance, domination sur soi-même et manipulation de ses proches dont elle répudie les intérêts qu'elle juge matériels et grossiers. Elle en tire une satisfaction intense, jouissance [perverse](#) et auto-érotisme destructeur qui sera un obstacle majeur au traitement.

Il y a chez la jeune fille anorexique mentale une image maternelle omnipotente et asexuée. C'est la réactivation de l'[angoisse de castration](#) à l'adolescence qui entraîne le retrait des [investissements](#) objectaux et le retour à des positions archaïques où tout est vécu en termes de dépendance ou de non- dépendance au sein d'une inflation [narcissique mégalomaniacale](#). C'est un mouvement [régressif](#) massif. Etre capable de refuser de se nourrir c'est être autonome et s'assurer que l'on peut fonctionner sans aide extérieure. A travers la conduite anorexique l'entourage est constamment contrôlé et défié. En particulier la mère. Le clivage du [Moi](#) permet le maintien de la réalité extérieure, il n'y a pas [délires](#).

FREUD note la régression sexuelle de ces jeunes au temps primitifs infantiles, s'étayant sur une fonction physiologique essentielle, autoérotique car non orienté vers un objet sexuel, le but étant déterminé par l'activité d'une zone érogène orale ou anale.

Aucune jeune fille anorexique ne se plaint de son aménorrhée. Ce retour à l'absence des règles, cette absence de marqueur d'une féminité angoissante (qui renvoie à la castration mais aussi à un sentiment de passivation) est vécue avec soulagement. Elle est de toute évidence une régression, un retour vers l'enfance et vers une bisexualité rêvée.

Si la croissance des seins est également symbolique de l'avènement de la féminité (FERRARI, EPELBAUM, 1993)¹¹², cette autre modification ne peut être cachée et représente une nouvelle perte de contrôle. La poitrine, pour la jeune fille, peut être source de fierté ou de gêne et la soumet au regard d'autrui. Jaugée comme belle ou laide, attirante ou non désirable,

¹¹¹ PH. JEAMMET, 1984, *Corps et psychopathologie de l'adolescent*. In. *L'information psychiatrique*, 60, 8, 889-903.

¹¹² FERRARI, P. ; EPELBAUM, C. 1993. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Flammarion, Paris.

elle est dépossédée d'elle-même. Elle met plus de temps que le garçon à s'approprier son corps (et sa sexualité), d'autant que sa puberté est plus précoce et donc plus traumatique.

Tous ces aspects, à l'origine d'une différenciation de vécu (au plan réel, symbolique et imaginaire), nous font mieux percevoir pourquoi l'anorexie est une pathologie spécifiquement féminine. Car l'anorexie est un refus de la féminité. Dans son désir de maigreur, dans sa satisfaction non dissimulée de l'aménorrhée, la jeune fille manifeste d'abord son opposition à ce qu'« on » a voulu qu'elle soit : une femme.

« La problématique narcissique féminine se joue au niveau de l'apparence, là où chez les garçons elle peut se jouer au niveau du pénis », nous dit B. BRUSSET (1977)¹¹³ qui ajoute : « Chez les anorexiques, les formes féminines qui remanient leurs corps et sont offertes aux regards sont ressenties comme autant de moyens par lesquels l'autre, l'emprise de l'autre, les menacent d'une dépendance annihilante, et d'une perte d'intégrité. »

¹¹³ BRUSSET, B. 1977. *L'assiette et le miroir*, ARILLAC.

Conclusion

Ces divers devenir corporels cheminent dans le marais des ruptures bio- psycho- socio-culturelles avec en dénominateurs un choc –entrechoc du dedans, du dehors, du fantasmatique et du symbolique. Il s'avère plus aisé pour l'adolescent de se sentir étranger à son corps qu'à sa psyché. « *Vivre un changement tout en le pensant (pansant) n'est réalisable que dans un après coup* » (PH. JEAMMET. 1984)¹¹⁴ au décours de ce trajet corps adolescent s'édifie et se définit dans la formulation ramassé : « *exister par, avec et dans son corps* » (A. CALZA et M. CONTANT. 1999. P. 136.)¹¹⁵.

En conclusion, l'adolescence définie par Peter BLOS¹¹⁶ comme « *le second processus de séparation/individuation* », représente le stade où s'opère l'achèvement ou l'achoppement du travail d'autonomisation. Dans la continuité, SOURS¹¹⁷ dans le contexte des troubles des conduites alimentaires met en exergue l'échec du premier processus de séparation/individuation, que l'adolescence révèle secondairement ce qui provoque la régression à un niveau archaïque d'indifférenciation du self qui est un concept établi par WINNICOTT, traduit par soi. Les menaces que les exigences d'autonomie font peser sur la relation symbiotique avec la mère, précipitent le sujet dans la régression que constitue la conduite anorexique qui est une mise en acte destructrice dirigée contre le corps, mais en réalité porte sur les représentants de l'objet au sein du sujet. Il en découle un évitement de la conflictualité œdipienne. Peter BLOS¹¹⁸ assigne comme tâche essentielle de l'adolescence la résolution de la phase négative homosexuelle de l'œdipe. L'achoppement autour de l'œdipe négatif est lié au refus de s'identifier à la mère et induit un blocage du développement.

L'hypothèse autour de l'émergence de trouble des conduites alimentaires repose sur une absence de différenciation de l'enfant avec l'imgo archaïque de la mère. À l'origine le concept

¹¹⁴ PH. JEAMMET, 1984, *Corps et psychopathologie de l'adolescent*. In. *L'information psychiatrique*, 60, 8, 889-903.

¹¹⁵ André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. P. 136.

¹¹⁶ BLOS P. Second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study child* 1967 ; 22 : 162-186. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.360.

¹¹⁷ SOURS JA. *Starving to death in a sea of objects. The anorexia nervosa syndrome*. New York : JASON ARONSON, 1980. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.360.

¹¹⁸ BLOS P. *The adolescent passage. Developmental issues*. New York : International University Press, 1979. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.355-356.

d'imago est dû à JUNG¹¹⁹ qui décrit l'imago maternelle, paternelle et fraternelle. L'imago est définie par Laplanche et PONTALIS¹²⁰ comme : « *le prototype inconscient de personnage qui oriente électivement la façon dont le sujet appréhende autrui ; il est élaboré à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial* ». L'anorexique est fixée à une problématique relationnelle conflictuelle avec l'objet maternel primaire, qui est marquée par des modalités relationnelles archaïques précœdipiennes où prédominent des mécanismes d'identifications primaires, et d'où il découle l'effacement du sujet au profit d'un moi idéal aliéné dans le désir de l'autre.

En référence à Hilde BRUCH¹²¹, et comme il a été déjà mentionné plus haut : « *le trouble fondamental et pathognomonique de cette affection se situe au niveau des perturbations des perceptions proprioceptives et intéroceptives, ainsi que de l'image du corps en lien avec une confusion des besoins et des sensations entre la mère et son nourrisson* ». Conceptualisée sous la théorie du *learning*, la réponse alimentaire systématique face à toute demande du nourrisson induit chez ce dernier une incapacité : à différencier la faim d'autres tensions internes, et à faire advenir le désir au profit du seul besoin et de néo-besoins faussés issus des interprétations erronées de la mère. Il en résulte une mauvaise intégration de l'image du corps de la future anorexique. Les attitudes de gavage témoignent chez la mère de la méconnaissance, voire de la dénégation, des besoins affectifs de l'enfant. Hilde BRUCH décrit un empiétement de l'espace psychique de l'enfant par la mère ce qui génère la dépendance de l'enfant à l'égard de celle-ci. Elle assimile les besoins de l'enfant aux siens, d'où il découle une entrave chez l'enfant à reconnaître et à ressentir ses propres sensations et favorise l'émergence d'une personnalité de type faux-self. L'enfant n'est pas reconnu dans sa différence, mais est utilisé comme un objet de colmatage de conflits parentaux non conflictualisables, ne pouvant pas faire l'objet d'un travail d'élaboration à partir de représentations accessibles au moi.

La période de l'adolescence peut-elle vraiment être définie comme une « crise » ? Deux acceptions sont possibles pour ce terme :

- Rupture, changement, brutal et importantes modifications comportementales
- Perturbations dans le fonctionnement psychologique entraînant malaise et souffrance.

Beaucoup d'auteurs ont adopté ce terme quand la littérature en psychologie a commencé à se pencher sur les « désordres » de l'adolescence. Les auteurs psychanalytiques notamment

¹¹⁹JUNG CG. *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*. Paris : Buchet- Chastel, 1953. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.360-361.

¹²⁰LAPLANCHE J, PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

¹²¹ BRUCH H. *Les yeux et le ventre*. Paris : Payot, 1973.p 324.

ont souvent proposé une réflexion relative à l'adolescence en terme de crise. Anna FREUD et d'autres considèrent que « *la crise d'adolescence renvoie à un conflit de développement qui serait éprouvé par tous les adolescents à un degré plus ou moins grand.*

*L'adolescence est selon eux un moment de réorganisation psychique dominé par (...) Des interrogations sur l'identité et par une idéalisation de la « nouvelle vie » qui s'offre à eux (...). Il s'agit bien d'une crise car le jeune vit des conflits, des changements, des contradictions »*¹²². Cependant on peut se demander si ce terme n'est pas dans la majorité des cas, exagéré.

¹²² P. COSLIN op cit p 108

PREMIERE PARTIE
DEUXIEME CHAPITRE : L'Anorexie mentale.

Anticiper sa mort est pire que la mort même.

CHAPITRE II : L'ANOREXIE MENTALE.

A. Introduction :

L'anorexie est une maladie « psychique »¹²³, « psychologique »¹²⁴ d'où le qualificatif de « mentale », qui se manifeste « de façon physiologique »¹²⁵. Toutefois, une part de l'incertitude subsiste comme le révèle cette succession de questions : « L'anorexie mentale, un syndrome culturel ? Une maladie psychosomatique ? Ou bien un trouble du comportement alimentaire ? En réalité, l'anorexie mentale est un peu tout cela à la fois »¹²⁶. L'anorexie mentale est donc présentée comme une maladie composite au carrefour du psychisme et du somatique, et en rapport avec la nourriture.

Dans ce premier volet on va essayer d'aborder afin d'expliquer l'anorexie mentale dans sa problématique somatique ;

¹²³ Santé Magazine, « *L'anorexie des jeunes filles* » n°182, Février 1991, p.54-55

¹²⁴ Santé Magazine, « *portrait d'anorexique* », n°244, Avril 1996, p.70-72 ; « *Anorexique, il faut l'aider* » n° 263, novembre 1997, p.64-65.

¹²⁵ Santé Magazine, n°182, Février 1991, p.54-55

¹²⁶ Santé Magazine, n°244, Avril 1996, p.70-72

B. PREMIER VOLET : ASPECT MEDICAL DE L'ANOREXIE MENTALE :

I. HISTORIQUE

C'est en 1873 que cette maladie a été décrite pour la première fois par GULL et LASEGUE, et c'est en 1883 que HUCHARD la dénomma anorexie mentale car on pensait que la cause était uniquement Psychologique. Aujourd'hui, on sait qu'il existe plusieurs facteurs de risque. Ce qui est vrai d'ailleurs pour tous les troubles de comportement alimentaire. Dans le cas de l'anorexie, il y a le patrimoine biologique et l'environnement qui s'ajoutent à la dimension psychologique. On pense également qu'il y'aurait des facteurs génétiques qui prédisposeraient à l'anorexie.

Bien que la paternité de l'identification de l'anorexie soit revendiquée par l'anglais William Withey GULL et le français Ernest Charles LASEGUE, les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale commencent à partir du XVII^{ème} siècle par l'anglais Richard MORTON (P. BOUCLIER.2007)¹²⁷; en 1689 il publia son premier cas sous le nom de « phtisie nerveuse ». Où il décrira chez une jeune femme, une consommation du corps accompagné d'une perte de l'appétit et des fonctions digestives, avec une effrayante maigreur.

Cependant, l'histoire de l'anorexie mentale "anorexie nervosa" débuta en 1873 avec la copaternité de Gull et LASEGUE. Ils publièrent leurs expériences à des dates rapprochées, LASEGUE en Avril 1873, GULL en Octobre 1873. (MARCELLI ET BRACONNIER.1983)¹²⁸.

W.GULL en 1868 fait mention d'abord d'un nouveau syndrome, à cause duquel des jeunes femmes se retrouvent extrêmement amaigries à la suite d'une « Apepsie Hystérique », ensuite et après les travaux de LASEGUE qui en Avril 1873 évoqua « l'anorexie hystérique », GULL dénomma ce syndrome « Anorexia Nervosa (Anorexie Nerveuse) » en octobre 1873.

Quelques années plus tard, le terme « Anorexie mentale » ; est proposé pour la première fois par CH. HUCHARD en 1883 qui pose, en outre, une distinction entre anorexie gastrique et anorexie mentale¹²⁹

A partir de 1914 une nouvelle période de confusion dominée par les travaux de SIMMONDS¹³⁰ qui décrit un nouveau syndrome qu'il appelle « la cachexie pan hypophysaire » ; cette confusion est marquée par un débat entre l'organogenèse et la psychogenèse.

¹²⁷ Patricia BOURCILLIER. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 30.

¹²⁸ MARCELLI et BRACONNIER.1983. *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris. Masson. p 132.

¹²⁹ LA REVUE DU PRATICIEN.1982. Tome 3. P258.

¹³⁰ CF.JEAMMET. *L'anorexie Mentale*. Paris. DOIN éditeurs, 1985, P3.

Et ce n'est que dans les années 1940 qu'il y a un retour massif des conceptions psychogénèse de l'anorexie mentale dans différentes perspectives, mais où la dimension psychologique est dominante. C'est ce qui ressort des travaux de H.BRUCH aux États-Unis, M.SELVINI en Italie, E.KESTEMBERG et J.DECOBERT en France etc. (MARCELLI ET BRACONNIER.1983)¹³¹.

Le symposium qui s'est tenu en 1965, à Göttingen, sous la direction de : J.E.MEYER et H.FELDMAN, appuyé d'une importante contribution de H.BLIX, C.BRANCH, H.THOMA, S.PALAZZOLI, H.BRUCH. a permis, indépendamment de la multiplicité des conceptions psycho-pathologiques développées par les participants, de dégager trois grandes idées essentielles communément partagées par ces spécialistes et selon lesquels l'anorexie mentale :

*Aurait une structure spéciale ;

*Que son conflit essentiel se situe au niveau du corps et non pas au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies ;

*Qu'elle exprime une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles propres à la puberté (A.CALZA et M.CONTANT.2002)¹³².

A cela s'ajoute, une nouvelle perception qui s'articule autour des "addictions ", et qui explique l'anorexie mentale comme une tentative de contrôler la dépendance à une avidité orale (A.BRACONNIER et Al. 2006)¹³³.

A partir de ce petit aperçu historique, il est essentiel de retenir l'importance de la problématique de l'image de corps chez les anorexiques, car ces sujets présentent un trouble de la perception de leurs corps et/ou une obsession de la honte du corps. Que l'anorexie mentale à l'adolescence conservera, son autonomie en tant que syndrome clinique quelles que soient les vicissitudes et les étiopathogénitiques évoquées¹³⁴.

Finalement, il demeure pertinent de signaler la diversité et la complexité de la compréhension psychopathologique de l'anorexie mentale, et la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu situés à des niveaux épistémologiques différents¹³⁵.

II. Définition et critères diagnostiques de l'anorexie mentale :

¹³¹ MARCELLI et BRACONNIER.1983. *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris. Masson. p 133.

¹³² A.CALZA et M.CONTANT.2002. *Le Symptôme Psychosomatique*. P 68.Paris. Ellipses Edition.

¹³³ A.BRACONNIER et Al. 2006. *Introduction à la psychopathologie*. Paris. Masson. p 221.

¹³⁴ JEAMMET, P. in *Maigreurs Et Amaigrissement*, La Revue du Praticien, Tome 32,3. 225-310, p 258.

¹³⁵ A.BRACONNIER et Al. 2006. *Introduction à la psychopathologie*. Paris. Masson. p 221.

A. Définition :

Il est nécessaire de comprendre avant tout, ce qu'est cette maladie qu'on appelle " l'anorexie" un nom à l'origine étymologique grecque : « A » exprimant la négation « pas », ou la privation « sans », et a(n) : privatif, « orexis » : appétit ; anorexie signifie privé d'appétit. Montrant non seulement une démarche d'opposition, mais encore le sentiment d'une absence, d'un manque, d'une perte, d'un vide que rien ne saurait combler (P.BOURCILLIER. 2007)¹³⁶.

Les personnes qui se privent de nourriture intentionnellement peuvent souffrir d'anorexie mentale. Ce désordre alimentaire, qui débute souvent chez les jeunes durant la puberté, se caractérise par une perte de poids extrême. Les personnes souffrant de cette maladie ont un aspect corporel émacié, mais sont convaincues qu'elles ont un surplus de poids. Pour des raisons encore plus ou moins connues, elles deviennent terrifiées par la peur d'engraisser.

La nourriture et le poids deviennent des obsessions. Pour quelques-uns, certains comportements compulsifs apparaissent, d'étranges rituels alimentaires, et parfois un refus de manger devant les autres. Certaines personnes s'engagent dans des exercices physiques stricts et routiniers exclusivement pour perdre du poids.

Chez les patients souffrant d'anorexie, la privation de nourriture peut aller jusqu'à provoquer la détérioration des organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Pour se protéger, le corps ralentit la vitesse de son métabolisme. Chez les femmes, cela provoque l'arrêt des menstruations. Les fonctions vitales comme la respiration, le pouls et la pression sanguine diminuent, et les fonctions de la glande thyroïde ralentissent.

L'anorexie mentale provoque souvent une anémie modérée, un gonflement des articulations, une réduction de la masse musculaire, la perte de cheveux et de légers maux de tête. Si le désordre alimentaire devient sévère, la patiente peut manquer de potassium, peut perdre le calcium nécessaire à ses os, et souffrir d'irrégularité ou de défaillance cardiaque.

Plusieurs personnes souffrant d'anorexie subissent aussi d'autres troubles psychiatriques tel que la dépression, l'anxiété, la dépendance aux drogues ou à l'alcool, des troubles d'obsession ou de compulsion, et plusieurs sont à risque et ont des tendances suicidaires¹³⁷.

¹³⁶ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P225.

¹³⁷ LEGROS, Claire, « toujours plus gros », La Vie, no. 2898 (15 mars 2001) : p. 32-34.

L'anorexie étant une entité clinique caractérisée par une profonde distorsion de l'image corporelle et la quête de la minceur, allant même jusqu'à la mort suite à une cachexie causée par le refus de se nourrir. Il s'agit d'un concept bénéficiant d'une grande médiatisation ces dernières décennies.

« L'anorexie mentale apparaît comme tentative de contrôler une dépendance, en particulier une avidité orale, ressentie de façon insupportable par l'adolescent(e), Ainsi, l'anorexie est parfois incluse parmi les « nouvelles addictions » (VENISSE, 1991) rencontrées à l'adolescence »¹³⁸.

H.BRUCH 1973 ; a introduit d'autres critères pour définir l'anorexie mentale, car elle la considère *« comme un trouble de l'image de corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive et de l'autonomie »* (BRUCH rapporté par CORCOS. 2000. p.44)¹³⁹.

Dans le dictionnaire fondamental de la psychologie (A-K) : Elle serait *« un trouble de conduite alimentaire caractérisé par un refus plus au moins systématisé de s'alimenter, intervenant comme mode de réponse à des conflits psychiques, « Cette conduite de restriction alimentaire méthodique, avec amaigrissement , survient le plus souvent chez une adolescente qui présente, par ailleurs, une aménorrhée et une hyperactivité associée à des changements de caractère ainsi que des troubles de la perception de son corps »¹⁴⁰.*

L'anorexie mentale est considérée comme étant : *« Un refus de l'alimentation »* selon **Norbert SILLAMY**, mais pour **HENRI EY** (HENRI EY., 1989)¹⁴¹ : *« ce refus d'aliments ne peut constituer cette pathologie que dans son aspect névrotique, ce refus d'aliments est une restriction progressive et systématique de l'alimentation que l'on observe souvent chez les jeunes filles névropathes ; parfois le refus n'est que partiel ou sélectif (phobies et caprices alimentaires). Il est parfois motivé par des idées délirantes surtout celles d'empoisonnement (délires d'interprétation, états délirants aigus, schizophrénie) »*

Il s'agira selon **Roland CHEMAMA** et **Bernard VENDERSMERSCH** dans leur dictionnaire de la psychanalyse : *« D'un trouble symptomatique de la conduite alimentaire se traduisant principalement par une restriction très importante de l'alimentation et dont la*

¹³⁸ Idem. P. 221.

¹³⁹ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD. P. 44.

¹⁴⁰ Dictionnaire Fondamental De La Psychologie : A-K. ed LAROUSSE – BORDAS. 1997.

¹⁴¹ HENRI EY., 1989. *Manuel de psychiatrie*. 6^{ème} édition. Paris. Masson. P. 93.

détermination paradoxale, semble joindre une affirmation très forte d'un désir menacé à une négation de l'identification sexuelle qui pourrait donner une issue à ce désir ».

L'anorexie mentale est souvent présentée sous formes de critères de diagnostiques.

B. Critères de diagnostic de l'anorexie mentale :

Il s'agit donc d'un trouble psychopathologique avec conséquences somatiques potentiellement graves. Ce trouble partage des dimensions psychopathologiques communes avec d'autres troubles du comportement que l'on regroupe sous l'appellation de conduites d'addiction ou de dépendance (Alcoolisme, toxicomanie, tentatives de suicide à répétition...).

Selon DSM4 (1996) ¹⁴². Les personnes souffrant d'anorexie mentale refusent de maintenir un poids corporel minimalement normal, craignent beaucoup de prendre du poids et ont une perception déformée de la forme et de la taille du corps

ALVIN (1996. P. 10) ¹⁴³ met en place des critères diagnostiques pour l'anorexie mentale. Ils sont surtout d'intérêt nosographique, permettant d'inclure dans les études des échantillons de patients comparables.

1. Définition de Russell (1970) :

RUSSELL ¹⁴⁴ « suggère les critères suivants pour diagnostiquer une anorexie mentale :

- *Perte de poids induite par le sujet (résultat principalement de l'évitement volontaire de nourriture) ;*
- *L'idée exagérée que l'obésité est un état redoutable en est une caractéristique psychopathologique ;*
- *Troubles endocriniens spécifiques après la puberté ou retard pubertaire. »*

2. Définition de J.P FEIGHNER et al (1972) :

FEIGHNER ¹⁴⁵ propose les critères suivants :

- Apparition avant l'âge de 25 ans
- Manque d'appétit accompagné d'une perte de poids supérieurs à 25 % du poids initial ;

¹⁴²DSM IV in. *Rapport Sur Les Maladies Mentales Au Canada*. Octobre 2002. p 80. P, STEWART, T, LIPS, C, LAKARSKI, P, UPSHALL.

¹⁴³ ALVIN, Patrick. 1996. *Les Anorexies à l'adolescence*, Doin Editeurs, p.10.

¹⁴⁴ Série Analyse. 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, P. 757

¹⁴⁵ Idem. P. 757.

- Attitude aberrante et implacable à l'égard de l'alimentation, de la nourriture ou du poids, qui ne tient ni de la faim, ni des infractions, des mesures d'apaisement ou de menaces.

Par exemple :

- a) Négation de la maladie de l'état de maigre et non reconnaissance des besoins nutritionnels ;
- b) Satisfaction apparente due à la perte de poids, avec un plaisir évident à refuser la nourriture ;
- c) Recherche d'un idéal de minceur le patient se sent récompensé lorsqu'il atteint et maintient cet état ;
- d) Manipulation inhabituelle des apports alimentaires (calculs de calories, diminution drastique des quantités ingérées ... etc.).
 - Absence de maladie somatique pouvant expliquée l'anorexie et la perte de poids.
 - Aucun autre trouble psychiatrique, en particulier des troubles affectifs majeurs, une schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs et une méthode phobique.
 - Au moins deux des manifestations suivantes :
 1. Aménorrhée ;
 2. Lanugo ;
 3. Bradycardie ;
 4. Périodes d'hyper activité ;
 5. Episodes de boulimie ;
 6. Vomissement induit volontairement ou de laxatifs.

3. Définition d'ECKERT (1985)¹⁴⁶:

- Dénier de la maladie ;
- Perception erronée ;
- Hyperactivité sportive, scolaire ;
- La peur de devenir obèse, la phobie du poids devient plus grande au fur et à mesure que la personne perd du poids ;
- Apprentissage de comportement pour éviter la nourriture :

¹⁴⁶ Idem. P.757.

Souvent en lien avec les pressions sociales (donnant la nourriture au chien sous la table, dissimulant la nourriture dans une serviette de table qu'elle jette ensuite à la poubelle).

4. Définition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-T.R.) (2000) :

Le travail de FEIGHNER a été appliqué en pratique clinique, pour donner les critères du DSM IV qui sont régulièrement révisés. La définition s'est affinée, elle introduit la notion de déni, d'altération de l'image corporelle et de la perception du poids, tandis que l'aménorrhée devient un critère indispensable au diagnostic.

Anorexie mentale (anorexia nervosa) F50.0 [307.1], les critères de diagnostic de l'anorexie mentale dans le DSM-IV-T.R sont les suivants :

- A- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu)
- B- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale
- 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.
- D- Chez les femmes post pubères, aménorrhée c'est-à-dire, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme amenorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogène).

5. Définition du CIM 10 (Classification Internationale des Maladies établie par l'OMS) :

Dans la CIM 10, les critères sont globalement ceux du DSM-IV, à la différence près qu'il n'est pas fait mention du déni de la maigreur ; La définition de l'anorexie mentale comporte cinq critères :

- Perte de poids ou chez les enfants incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au-moins 15% du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.
- Perte de poids provoquée par le sujet qui évite les aliments qui font grossir.
- Perception de soi comme étant trop gros avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser.
- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la fille et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez le garçon.
- Ne répond pas aux critères A et B de la boulimie :
 - A- Episodes répétés d'hyperphagie (au moins 2 fois par semaine pendant au moins 3 mois) avec consommation rapide de quantité importante de nourriture en temps limité.
 - B- Préoccupation persistante par le fait de manger avec désir intense ou besoin irrésistible de manger.

En somme, l'anorexie n'est pas aisée à définir : « *Elle se présente sous la forme d'une « crise » existentielle multifactorielle, alimentée par le climat culturel. Le problème de l'identité sexuelle ou, plus exactement, de l'individuation semble être, en tout cas, au cœur de la pathologie* » (P.BOURCILLIER. 2007)¹⁴⁷. Il s'agit d'une incapacité à accepter et à intégrer les transformations de la puberté autant qu'à assumer sa féminité, doublé d'une tentative de maîtriser les transformations qui lui échappent. Être mince n'est qu'une manière de parvenir à la négation des formes, et des formes féminines en particulier. L'image idéale vers laquelle tend l'anorectique est une image qui met à distance les indices de la féminité. Selon BOURCILLIER (2007)¹⁴⁸, il s'agirait en fait d'une faim de l'idéal ou de l'anéantisme, due à un étrange besoin de « corriger » le corps (aux deux sens du terme : supprimer les fautes et sanctionner). L'anorectique tente de combattre tout ce qui évoque féminité et sexualité. Le danger n'est pas réel, il est lié à l'image du corps du sujet.

Cependant on observe dans la pratique que le recours au DSM-IV comme seule référence dominante, étant donné que la majorité des spécialistes utilisent la définition présentée dans le DSM-IV.

¹⁴⁷ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P58.

¹⁴⁸ Idem, p, 19.

C. Réflexion sur les critères diagnostiques :

Les critères permettant de diagnostiquer l'anorexie mentale souffrent de quelques critiques, et la question du facteur poids dans l'anorexie ou celle de l'adaptation des critères diagnostiques aux enfants et adolescents semblent de bons exemples des difficultés de manipulation de ces critères diagnostiques d'une étude à l'autre.

WALSH et DEVLIN (1988)¹⁴⁹ ont proposé une version simplifiée de ces critères diagnostiques de l'anorexie mentale :

- Poids corporel volontairement maintenu à un niveau inférieur à la normale ;
- Peur intense de grossir ou de devenir gros ;
- Aménorrhée (chez la femme).

1. La question du poids comme critères diagnostique :

Jusque dans les années soixante, les critères de définition de l'anorexie mentale incluaient une perte de poids de plus de 25% due à une cause psychologique quelle qu'elle soit et donc des désordres psychiatriques telle la schizophrénie. Les critères de FEIGHNER utilisés dans les plus anciennes études impliquaient une perte de poids de 25% ; plus tard le DSM-III-R introduira la notion de différence de 25% du poids attendu, pour la taille et l'âge, puis le DSM-IV ramènera la perte du poids par rapport au poids attendu à 15%¹⁵⁰.

Le critère A du DSM-IV concernant la perte de poids (« *impossibilité de maintenir son poids à 85% du poids attendu* ») peut servir d'exemple pour montrer la difficulté d'une cotation objective et uniformisée d'une étude à l'autre, le poids attendu dépendant de l'âge et de la taille. Il est précisé que l'on peut se servir pour cette estimation des tables de croissance pédiatriques. Les modes de calculs du poids idéal ou attendu ne sont pas toujours spécifiés dans les études. Le poids idéal ou attendu devrait se calculer sur la courbe de croissance personnelle de chaque individu, mais ces données sont souvent manquantes. Selon le mode de calcul, on peut privilégier soit le rapport à la taille, soit le rapport à l'âge¹⁵¹.

STEINHAUSEN et coll. (1991)¹⁵² utilisent comme critères un poids de 20% au-dessous du poids standard pour l'âge respectif du groupe. Il ne tient donc plus compte de la taille. Par

¹⁴⁹ WALSH BT, DEVLIN MJ. 1988, *Eating Disorders: progress and problems*. Science, **280** : 1987-1390. In Série analyse, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17 ,727-771, P756

¹⁵⁰ Série analyse, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17 ,727-771, p 757.

¹⁵¹ Idem, p757.

¹⁵²STEINHAUSEN HC, RAUSS-MASSON C, SEIDEL R. Follow-up studies of anorexia nervosa : A review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991, 21 : 447-454

cette méthode, il risque d'obtenir une surestimation d'anorexie sur le critère du poids parmi les plus grandes et une sous-estimation parmi les plus petites.

Toutes les études ne précisent pas leur calcul de perte de poids et on peut donc constater que même des critères se voulant stricts et objectifs laissent encore une part d'interprétation au clinicien, part qui devrait être plus souvent argumentée pour une réelle comparaison des données. Pour les cliniciens, cette question de l'importance du poids perdu reste secondaire par rapport aux dimensions psychopathologiques sous-jacentes au trouble (déli, maîtrise, fantasme boulimique, anorexie globale touchant tous les investissements).

2. Adaptation des critères diagnostiques aux enfants et aux jeunes adolescents :

Les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 ne sont pas adaptés aux enfants et adolescents. NICHOLLS et coll. (2000)¹⁵³ proposent une nouvelle classification, le GOS (*Great Ormond street*) criteria. La question du diagnostic précoce des troubles est d'importance puisqu'elle conditionne le pronostic.

Critères diagnostiques du *Great Ormond street* :

- Perte de poids voulue (comportement d'évitement vis-à-vis des aliments, vomissements autodéclanchés, entraînement sportif excessif, recours aux laxatifs...).
- Opinions anormales sur le poids ou la silhouette.
- Préoccupation morbide a propos du poids ou la silhouette¹⁵⁴.

En résumé, les critères DSM ou CIM-10 sont satisfaisants par rapport à ceux de FEIGHNER. Ils reposent sur l'évaluation de manifestations symptomatiques validées statistiquement donc répondant essentiellement à une description comportementale plus que psychopathologique du trouble. La dimension impulsivité/compulsivité n'est pas indiquée dans la liste des critères alors qu'elle apparaît être une donnée clinique centrale. L'échappement des formes subsyndromiques dans cette catégorie est probable : anorexie mentale à poids moyen, anorexie avec règles (contraception, dépression). Les formes mixtes sont les plus fréquentes. Les critères sont inadapés pour l'enfant¹⁵⁵.

¹⁵³NICHOLLS D, CHATER R, BRYAN LASK. Children into DSM don't go : A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000, 28 : 317-324

¹⁵⁴ NICHOLLS D, CHATER R, BRYAN LASK. Into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disorder* 2000, 28 : 317-324. In Série analyse, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 759.

¹⁵⁵ Idem, p 760.

III. FORMES CLINIQUES :

Il est utile de distinguer l'anorexie des adolescents des autres formes d'anorexie. Dans un premiers temps, la véritable anorexie mentale ne doit pas être confondue avec les conduites anorexiques – qui sont plus fréquentes- : « *Il ne faut pas confondre les conduites anorexiques, fréquentes (celles des adolescents qui, se trouvant trop gros, se mettent à suivre un régime draconien pendant quelques semaines), avec la véritable anorexie mentale* »¹⁵⁶.

L'anorexie mentale se distingue aussi de celles des enfants, hommes, personnes âgées : « *Si l'anorexie est d'abord une maladie de l'adolescence (...) elle touche aussi des enfants. Des femmes de la quarantaine, des personnes âgées et mêmes des hommes* »¹⁵⁷.

A. Formes transitoires :

Que l'on pourrait presque dire physiologiques, formes extrêmement fréquentes et qui sont presque la règle chez beaucoup de jeunes filles à la période post-pubère. C'est ici que nous retrouvons le contexte socioculturel qui détermine chez les jeunes adolescentes le souci de maigrir pour soumettre à ces canons esthétiques contemporain plus au moins commentés dans certains magazines modelaires féminin. Mais il s'agit de formes mineures qui le plus souvent même si elles comportent une perte de poids appréciable, n'entraînent pas d'aménorrhée et dans la plupart des cas, les restrictions alimentaires demeurent limitées et contrôlées. Cependant, ces périodes peuvent constituer la préface d'anorexies mentales plus caractérisées.

B. Formes selon l'organisation de la personnalité :

B.1 Formes développées dans un contexte dépressif :

Les formes d'anorexie développée dans un contexte dépressif sont fréquentes, elles peuvent être marquées par une symptomatologie classique mais c'est le syndrome dépressif qui, au point de vue psychologique domine la scène : ALBEAUX-FERNET (rapporter par LABOUCARIE. 1976, P. 29) ¹⁵⁸ les a bien décrites et les différencie des anorexies mentales classiques. De fait, elles se distinguent par leur caractère le plus souvent réactionnel soit à un événement traumatisant, soit une situation conflictuelle aiguë liée à des perturbations du milieu,

¹⁵⁶ Santé Magazine, « Anorexique, il faut l'aider ! » n°263, novembre 1997, p. 64-65.

¹⁵⁷ Santé Magazine, idem, p. 64-65.

¹⁵⁸ ALBEAUX-FERNET, in LABOUCARIE, *Aspects Pathogéniques, Cliniques et Thérapeutiques de L'anorexie Mentale*, Actualités Psychiatriques, 4, 1976, p.29.

elles sont d'un bon pronostic et très facilement réductibles par les thérapeutiques actives indiquées dans les états mélancoliques.

B.2 Structure névrotique :

Les formes les plus fréquentes sont caractérisées par le contexte névrotique dans lequel elles se développent et qui traduisent soit une phase de décompensation névrotique jusqu'alors latente, soit le développement de régressions névrotiques plus au moins méconnues jusqu'alors. A l'origine de ces anorexies mentales, souvent sévères, les facteurs déclenchant d'ordre conflictuel ne sont que révélateurs d'une structure névrotique de base où la névrose des parents entre souvent en résonance avec la névrose de la malade. Trois types cliniques correspondent à trois types de structurations névrotiques.

✓ Forme hystérique :

C'est la forme la plus commune et souvent la plus grave. Cette forme qui correspond à la forme type de l'anorexie mentale des jeunes filles se développe dans un contexte hystérique évident et au sens le plus profond du mot, très régressif. C'est ici que l'on constate le plus précocement et le plus constamment ces conduites d'opposition et ces conduites de dissimulation. Souvent, leur angoisse est inapparente mais toute prise en charge thérapeutique est vécue comme une menace et déclenche toute une série de réactions d'opposition, d'anxiété qui rend toujours difficile la mise en œuvre des conduites thérapeutique. Il faut signaler aussi que la prédominance des conduites mythomaniaques, déconcertantes pour l'entourage comme elles pourraient l'être pour des soignants non qualifiés, risquerait de susciter des attitudes punitives ou répressives (LABOUCARIE, 1976,)¹⁵⁹.

✓ Forme obsessionnelle :

Sont relativement rares. Elles sont plus fréquentes chez les très jeunes filles et assez souvent elles apparaissent facilement réductibles.

✓ Forme phobique :

Qui ne sont pas l'apanage des anorexies mentales des jeunes filles puisqu'on peut les rencontrer à tous les âges, chez les très jeunes comme chez les sujets âgés, sont relativement rares aussi et assez souvent réactionnelles à des situations traumatisantes ; reconnaissons que ces cas sortent du cadre classique de l'anorexie mentale.

¹⁵⁹ LABOUCARIE, *Aspects Pathogéniques, Cliniques et Thérapeutiques de L'anorexie Mentale*, Actualités Psychiatriques, 4, 1976, p.30.

C. Les formes graves : prépsychotique ou psychotique :

Ces formes qui, dans certains cas pouvaient être considérées comme des modes d'entrée d'une évolution schizophrénique, traduisent très souvent soit une structure hystérique très régressive et fixée, soit des cas comportant des attitudes et même des productions délirantes sous forme de rationalisation morbide à thème hypochondriaque.

Ainsi, on comprend que suivant les moments, le degré des régressions névrotiques et exceptionnellement les formes de régressions psychotique, on puisse observer des attitudes psychologiques fixées à un modèle de maigreur plus ou moins conforme aux normes esthétiques d'une mode ou au contraire, aux attitudes plus pathologiques de répression d'une obésité imaginaire.

Cet état d'anorexie mentale pathologique apparaît bien comme cristallisation obsédante conditionnant des conduites qui tendant à se fixer et qui correspondent à ce que l'on pourrait appeler un blocage fonctionnel, déclenchant tout un processus psychologique et biologique le plus souvent sévère et durable si des actions thérapeutiques appropriées ne sont pas mise en œuvre¹⁶⁰.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des formes de l'anorexie selon l'organisation de la personnalité¹⁶¹.

Personnalité	Caractéristiques
Hystérique	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche idéalisées (de liberté, mystique, éthiques) et complaisance narcissique. • Gravité variable
Obsessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Obsessions nombreuses • Ambivalence • Intellectualisation • Rituels alimentaires et excrétoires
Phobique	<ul style="list-style-type: none"> • Peur d'étouffer • Nosophobies • Surtout avant la puberté et chez le sujet âgé.

¹⁶⁰ LABOUCARIE, *Aspects Pathogéniques, Cliniques et Thérapeutiques de L'anorexie Mentale*, Actualités Psychiatriques, 4, 1976, p.30.

¹⁶¹ DELMONT.J, LUCHT.F, 1995. *Guide Pratique de Psychiatrie*. BERRTI Edition. P.323

Limite (border line)	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'identité • Dépersonnalisation • Aménagements pervers • Equivalents suicidaires
Schizoïde	<ul style="list-style-type: none"> • Dymorphophobie • Dépersonnalisation • Bizarreries • Mauvais pronostic

D. Formes cliniques selon l'âge :

D.1 L'anorexie mentale du nourrisson :

L'anorexie de l'enfant revêt des aspects très divers suivant l'âge ;

D.1.a. L'anorexie mentale précoce :

Elle est relativement rare, surgissant parfois dès les premières semaines de la vie, voire même dès le premier jour. Pour J. LEVESQUE « *ce type d'anorexie témoigne d'une constitution névropathique spéciale ; qui apparait sur un terrain particulier : enfants de petits poids, nerveux, très éveillés* » (rapporter par J. DE AJURIAGUERRA, 1974, p, 208)¹⁶². Généralement ; elle débute avec une passivité vis-à-vis de l'alimentation, ensuite et au bout de quelques mois l'enfant présente une manifestation d'opposition.

D.1.b. L'anorexie mentale du deuxième semestre :

Dite parfois aussi *anorexie de sevrage* (KREISLER.L. 1974. p. 125)¹⁶³. Particulièrement fréquente, chez les filles que les garçons, en clinique, elle s'installe entre le 5^{ème} et le 8^{ème} mois, au moment de la suppression progressive de lait et de l'introduction d'un régime diversifié, DE AJURIAGUERRA¹⁶⁴ décrit deux types d'anorexie du second semestre, suivant la réaction du nourrisson face à l'alimentation :

¹⁶² J. DE AJURIAGUERRA, 1974, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, ed MASSON, 2ème édition, p, 208.

¹⁶³ KREISLER.L, FAIN.M, SOULÉ.M, 1974, *L'enfant et son Corps*, PUF. p. 125.

¹⁶⁴ Idem, p, 208.

- ✓ *L'anorexie d'inertie* ; dans ce type, l'enfant ne coopère pas ; par moment il ne déglutit même pas, le lait ressort passivement par les commissures, ou la faible quantité du repas avalée est rejetée, vomis.
- ✓ *L'anorexie d'opposition* ; caractérisée par des réactions presque caractérielles engagées par l'enfant pour refuser la nourriture ; tels que : cris, agitation, rotation tonique intense, refus de prendre, rejet, vomissement,

Quant à **L. KREISLER**¹⁶⁵, il distingue :

- ✓ *L'anorexie simple* ; qui apparaît à son origine comme un trouble réactionnel au sevrage, ou l'introduction de l'alimentation diversifiée, ou des rations excessives... d'une manière générale l'introduction de modification alimentaire, comme elle peut être aussi un incident pathologique bénin ou sérieux qui provoque une anorexie organique passagère. Cette forme apparaît essentiellement comme une conduite de refus qui s'instaure à un niveau probablement très élémentaire et non point au niveau d'un trouble de la faim ni de l'appétit.
- ✓ *L'anorexie dite complexe* ; elle se signale par l'intensité du symptôme et sa résistance aux méthodes habituelles de traitement, l'enfant se comporte comme si la nourriture ne l'intéressait pas, Il existe certainement un trouble de l'appétit et on peut même se demander dans quelle mesure la faim n'est pas affectée. Cet anorectique se distingue de l'enfant constitutionnellement petit-mangeur, qui se révèle comme tel beaucoup plus tôt.

Les formes les plus sévères de l'anorexie répondent presque toujours à une situation conflictuelle évidente dans la relation avec la mère. Il est rare que les nourrissons présentant une anorexie ne souffrent pas plus tard de retards de la régulation sphinctérienne, de trouble du sommeil, de réaction de type de sanglots ou de difficultés caractérielles et du comportement.

D.2. L'anorexie mentale de la petite enfance :

L'anorexie de la seconde enfance, fait souvent suite à l'anorexie de la petite enfance, comme elle peut aussi apparaître chez des enfants qui n'ayant jamais souffert de cette pathologie, et qui se sont alimentés de manière normale au cours de la première année et dont

¹⁶⁵ Idem, p, 126-127.

les mécanismes de refus font suite à une certaine ritualisation de la conduite alimentaire instaurée dans le cadre familial. Elle s'organise soit sous la forme d'opposition face à la rigidité des parents, soit sur le mode capricieux pour le choix des aliments mettant en évidence des composantes phobiques.

L'évolution de ce type d'anorexie n'est habituellement pas grave au point de vue physiologique, mais souvent elle peut créer des modèles de comportement alimentaire ultérieurs (J. DE AJURIAGUERRA, 1974) ¹⁶⁶.

E. L'anorexie mentale chez les femmes mariées :

Relativement rares, Il s'agit souvent d'une rechute, ou d'une forme réactionnelle. Si la femme n'est pas consolidée dans son identité sexuelle, cette douleur originelle sera ravivée lors de chaque bouleversement : pendant la maternité ou la ménopause. L'anorexie à l'âge adulte deviendra à la fois « *refus de grandir* » et la réponse mordante à l'impossibilité d'être une femme mûre idéale dans une société qui prône la jeunesse éternelle (BOURCILLIER. P. 2007. P.57.)¹⁶⁷.

F. L'anorexie mentale de la personne âgée :

L'anorexie mentale peut s'observer chez la personne âgée aussi. Elle touche 5 à 25 % des personnes autonomes et davantage celles qui vivent en institution¹⁶⁸. Elle présente soit les caractéristiques d'une anorexie mentale chronique corroborées par la notion d'antécédents, soit celle-ci est de survenue récente. Dans les deux cas, elle se caractérise par une perte de poids intentionnelle, induite ou maintenue par la personne âgée. Il peut y avoir des vomissements provoqués, une prise de laxatifs ou de médicaments à visée amaigrissante. On retrouve des perturbations de l'image du corps et une conscience du trouble. Même maigre, elle se sent grosse (Jean-Pierre Clément, et Al, 2006, P.45)¹⁶⁹.

¹⁶⁶ J. DE AJURIAGUERRA, 1974, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Ed MASSON, 2ème édition, p, 210.

¹⁶⁷ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P.57.

¹⁶⁸Revue : Age & nutrition, 2002, vol. 13, n°2, pp. 102-105. P. 103.

¹⁶⁹Jean-Pierre Clément, Nicolas DARTHOUT, Philippe NUBUKPO, *Guide pratique de psychogériatrie*, 2006, Edition : 2, Publié par Elsevier Masson, 263 pages, P.45.

Les habitudes alimentaires peuvent être ritualisées, comportant aussi une sélection spécifique et excessive des aliments, entraînant même un refus de convivialité.

Même si cette pathologie est rare chez la personne âgée, ou sous diagnostiquée, sa prise en charge est difficile, car elle se heurte au refus d'absorber les quantités nécessaires de nourriture. De même, un « contrat » ou une alimentation entérale sont souvent mis en échec. Cela justifie une prise en charge psychologique et médicamenteuse.

G. Formes cliniques selon le sexe :

G.1. L'anorexie mentale masculine :

Décrite depuis 1964 par MORTON (Encycl. Méd. Chir)¹⁷⁰, elle demeure relativement rare, de l'ordre de 10 % des cas. Le tableau clinique se rapproche de celui de la fille avec une prédominance des formes avec boulimie et vomissement. La perte de toute libido et de toute érection est considérée comme l'équivalent de l'aménorrhée. Une obésité pré-morbide est fréquemment retrouvée. Certains auteurs jugent qu'il existe une différence entre les anorectiques féminines et masculines en ce qui concerne l'hyperactivité ; elle fait partie du tableau clinique des jeunes filles alors que chez les garçons il y'aurait une prédominance d'apathie et de passivité (J. DE AJURIAGUERRA, 1974)¹⁷¹.

Le fait que l'anorexie mentale soit plus rare chez les jeunes garçons a été mis sur le compte d'une plus grande possibilité d'affirmation de soi chez les garçons (M. RISTER et al. Rapporté par J. DE AJURIAGUERRA, 1974)¹⁷² ou d'une moindre fréquence de fantasmes oraux (E. I. FALSTEIN et al, rapporté par J. DE AJURIAGUERRA, 1974)¹⁷³. Il faut dire que dans certains cas on trouve des structures qui se rapprochent de celles décrites dans l'anorexie mentale féminine.

¹⁷⁰ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150575.

¹⁷¹ J. DE AJURIAGUERRA, 1974, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Ed MASSON, 2ème édition, p, 220.

¹⁷² Idem, p, 220.

¹⁷³ Idem. P.221.

Pendant longtemps, la conduite anorexique du garçon a été considérée comme un mode d'entrée dans la pathologie psychotique. Les garçons présentant une anorexie mentale sont plus souvent concernés par des troubles graves de la personnalité mettant en jeu leur sentiment d'identité et plus particulièrement leur identité sexuée.

Une comorbidité importante avec les troubles de l'humeur et les TOC a été constatée. De plus des antécédents familiaux de troubles de l'humeur (20%) et d'alcoolisme (20%) ont été mis en évidence (Encycl. Méd. Chir)¹⁷⁴.

D'autres formes cliniques sont proposées ; Selon **ECKERT**¹⁷⁵ Il s'agirait de deux types de personnalité anorexique :

- a) *celle qui s'impose des restrictions de nourritures (faire une diète) ;*
- b) *celle qui perd du poids suite à des vomissements provoqués ou à la prise de laxatifs.*

Spécification du type DSM :

1. **Type Restrictif** : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas de manière régulière présenté de crise de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire, laxatifs, diurétiques, lavements).
2. **Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs** :

Pendant l'épisode actuelle d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire, laxatifs, diurétiques, lavements).

Pour **HILD BRUCH**, il était essentiel de concentrer les recherches sur les déficiences propres aux troubles de l'anorexie, c'est-à-dire les déficiences du moi, la défectuosité de la conscience de soi et les expériences perturbées avec les autres. Elle reconnaît pour sa part, et ce en introduisant la fonction psychique du corps et ses soubassements narcissiques, deux sortes spécifiques de l'anorexie :

1. **L'anorexie mentale typique** ; dans laquelle les personnes luttent pour acquérir la maîtrise d'elles-mêmes, devenir compétentes, efficaces. Où il existe une

¹⁷⁴ Idem, P. 150575.

¹⁷⁵ Troubles Des Conduites Alimentaires. Série Analyse. P.757.

absence d'angoisse en face d'un amaigrissement souvent macabre, dans la vigueur avec laquelle on le défend comme quelque chose de normal et de souhaitable comme « *l'unique chance de salut contre le destin redouté que serait le fait d'être gros* » (H.BRUCH. 1978, p.253.).¹⁷⁶

2. ***L'anorexie mentale atypique*** ; pour laquelle il existe trois sortes de désordre des fonctions psychologiques :

- L'image du corps et le concept du corps sont affectés (le corps revêt des proportions trompeuses) sans aucune angoisse.
- La perception et l'interprétation cognitive des stimuli qui surviennent dans le corps perdent de leur exactitude, par exemple plus de reconnaissance du besoin de manger ; ceci est lié à une hyperactivité et un refus de reconnaître la fatigue.
- Un sentiment d'inefficacité : Ce sentiment d'impuissance est caché par leur rejet de l'extérieur (H.BRUCH. 1978)¹⁷⁷.

D'autres auteurs qui distinguent également divers types d'anorexie, se centrent davantage sur des critères différentiels sur le plan de l'étiologie psychologique, plutôt que sur des symptômes extérieurs objectivement différents (tels les critères diagnostiques du DSM-IV par exemple). Certains parlent ainsi d'anorexie *profonde* ou *réactionnelle* - ou encore *primaire* ou *secondaire* - la première étant la résultante d'un dysfonctionnement familial et/ou personnel ancien, la seconde apparaissant plutôt liée à un événement traumatique relativement ponctuel (exemple : divorce des parents, décès, viol, ...). Cette différenciation à partir du vécu psychologique de la personne semble également pouvoir être un indice de pronostic favorable (*anorexie réactionnelle*) ou plus incertain (*anorexie profonde*), indépendamment du degré de gravité physique du trouble.

Enfin, certains auteurs parlent également d'*anorexie chronique* qui, outre un caractère répétitif éventuel (rémission/rechute), fait surtout référence à une anorexie installée depuis de nombreuses années pour laquelle la prise en charge thérapeutique s'avère généralement assez longue. On peut cependant noter un large consensus de tous les auteurs au niveau d'un pronostic d'autant plus favorable que la démarche thérapeutique est précoce¹⁷⁸.

¹⁷⁶ BRUCH. H. 1978. *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*, Paris : Payot, 444 p253.

¹⁷⁷ BRUCH. H. 1978. *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*, Paris : Payot, 444 p254

¹⁷⁸ Santé Canada, *Rapport sur Les Maladies Mentales aux Canada*. Octobre 2002, p 82.

IV. EPIDEMIOLOGIE

L'anorexie mentale concerne 9 fois sur 10 une jeune femme entre 14 et 23 ans. Au moment où la question de la dépendance à l'égard de la famille est très importante. Plus le début est précoce (10/11 ans) ou tardif (après 23 ans) et plus le pronostic est sévère.

En effet, l'anorexie mentale est grevée d'une mortalité de 10%.

Autrefois, on avait coutume de dire qu'il s'agissait d'une maladie touchant des jeunes filles intelligentes et de milieu social aisé, en réalité, ce n'est plus vrai, elle touche désormais toutes les couches sociales et culturelles (0,5% de la population féminine de 15 à 35 ans).

Même l'Afrique du nord, épargnée jusqu'en 1990, est touchée.

Depuis plusieurs années, l'anorexie gagne du terrain, elle débute de plus en plus jeune le plus souvent entre 12 et 18 ans, au lieu de 15 à 25 ans.

Les médecins spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire, voient même des personnes anorexiques de 8 ou 9 ans¹⁷⁹.

Il s'agit souvent d'enfant unique ou de fratrie avec une prédominance de filles (A.BRACONNIER et Al. 2006. p 133)¹⁸⁰. 10 filles pour un garçon. (DSM-IV, 2000).

Cependant, il est nécessaire de signaler que H. STEIGER¹⁸¹ estime que 3% des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie. Et qu'environ 0.5 % à 4 % des femmes développeront l'anorexie mentale au cours de leur vie (...).

CRIPS et Al (1976, 1980) en Angleterre ont observé une prévalence de l'anorexie mentale chez une adolescente sur 100 dans le groupe d'âge des 16-18 ans fréquentant des écoles privées. Il rapporte une incidence d'anorexie mentale chez une adolescente sur 300 dans le groupe d'âge des 16-18 ans fréquentant les écoles publiques et d'une adolescente sur 250 chez celles inscrites dans des écoles privées¹⁸².

POPE et Al (1981), WITHAKER et Al (1989), rapportent une prévalence d'anorexie mentale entre 0.5 et 2 % chez les jeunes femmes. L'American Psychiatric Association (2003) dans son DSM-IV-T-R rapporte une prévalence d'anorexie mentale entre 0.5 et 1 %, ces patientes devant répondre à des critères de diagnostic précis. « Voilà un obstacle majeur

179

Colloque : [Santé, Troubles du Comportement Alimentaire](#). Réflexions actualisées sur la médecine et les troubles du comportement alimentaire : obésité, anorexie et boulimie. 03 décembre 2004.

¹⁸⁰ A.BRACONNIER et Al. *Introduction à la psychopathologie*. Paris. Masson. 2006. p 133.

¹⁸¹ Santé Canada, *Rapport sur Les Maladies Mentales aux Canada*. Octobre 2002, p 81.

¹⁸² Idem, p 81.

puisque'en clinique, et spécifiquement auprès de la population adolescente nous rencontrons quotidiennement des patientes présentant de toute évidence un trouble de la conduite alimentaire mais chez qui il manque un ou deux critères diagnostics ». A cet effet, CONNORS et JOHNSON (1987) ; FAIRBURN et BEGLIN (1990) rapportent dans leurs études une prévalence des désordres alimentaires sous clinique, ne présentant que certaines caractéristiques beaucoup plus élevées soit entre 5 et 24 %.

Au Québec, RATTE et Al (1989), dans une étude réalisée auprès de 1144 étudiantes de niveau collégial de la région de Québec et utilisant le EAT-26, un questionnaire très utilisé qui examine la présence d'attitude et de comportements alimentaires inadaptés, a montré que 16.2% des étudiantes obtiennent un score total au EAT-26 signalant la présence de caractéristiques associées à la boulimie et à l'anorexie mentale. Les auteurs de cette étude estiment qu'environ 8% des jeunes femmes ont vécu des problèmes alimentaires d'intensité clinique au cours des trois dernières années et que 1.5% ont présenté une anorexie mentale véritable. Ils ont aussi démontré que la valeur prédictive du EAT-26 augmente si l'on considère en plus le poids de la répondante et que celui-ci se situe à 80% du poids normal¹⁸³.

BOLDUC et Al (1993), dans une étude réalisée auprès de 1100 adolescentes dans la région de Montréal et portant sur une prévalence des préoccupations et des troubles liés à l'alimentation, démontrent que le tiers des filles sont insatisfaites de leurs corps et 14% d'entre elles adoptent des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation. A l'aide de différents critères, ils estiment la prévalence de l'anorexie mentale à 0.6% et celle de la boulimie nerveuse entre 0.5 et 2.5%¹⁸⁴.

En France, LEDOUX et CHOQUET (1991) dans une étude portant sur la prévalence de boulimie chez les adolescentes âgées entre 13 et 19 ans, ces auteurs rapportent une prévalence de boulimie inférieure à 1%, leur étude révèle aussi que 4 % des adolescentes à comportement alimentaire perturbé, est préoccupé par son poids et tente de contrôler son statut pondérale mais sans cumuler l'ensemble des critères diagnostics de la boulimie¹⁸⁵.

Aux Etats Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique chez l'adolescente (après l'obésité et l'asthme) ; la prévalence serait de 0.48% dans la tranche des

¹⁸³ RATTE, C. POMERLEAU, G.LAPOINTE, C. *Dépistage Des Troubles De La Conduite Alimentaire Chez Une Population D'étudiants De Niveau Collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales*, Revue Canadienne De Psychiatrie, 34, 892-897

¹⁸⁴ BOLDUC, C. STREIGER, H.LEUNG, F.1993, *Prévalence Des Attitudes et Comportements Inadaptés Face à L'alimentation Chez Les Adolescentes de la Région de Montréal*, SANTE MENTALE AU QUEBEC XVIII, 2,183-196

¹⁸⁵ LEDOUX, S. CHOQUET, M, 1991.*Les Troubles Des Conduites Alimentaires, Résultats d'une enquête épidémiologique réalisé dans le Sud Haute Marne*. Collection ANALYSE ET PERSPECTIVE les 11-20 ans et leur santé, INSERM, Paris.1-73

15-19 ans (LUCAS et COL, 1991)¹⁸⁶. La prévalence vie entière est estimée à 0.5% (KENDLER et Coll. 1991)¹⁸⁷.

V. SYMPTOMATOLOGIE

L'anorexie débute habituellement par un régime sévère ritualisé. Une obsession de la minceur s'installe, entraînant un refus de se nourrir correctement. LASEGUE en 1873 donnait déjà une description princeps de l'anorexie mentale « *peu à peu la malade réduit sa nourriture prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent aux repas. Au bout de quelques semaines ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolonge indéfiniment.* » (Rapporter par MARCELLI et BRACONNIER.2000. p 148.)¹⁸⁸. Ce trouble se rencontrerait fréquemment chez la jeune fille introvertie, soucieuse de performer à l'école comme dans ses loisirs. Les jeunes filles tendent à être douées et très perfectionnistes (HARRISSON, 1994)¹⁸⁹. Même avant la venue du trouble, plusieurs patientes sont décrites comme étant méticuleuses, compulsives et intelligentes, avec des exigences élevées envers elles mêmes se traduisant par la poursuite de la réussite à tout prix (MERCK MANUAL, 1992). Le premier signal d'alarme pouvant mener à l'identification d'une anorexie en développement est la constante préoccupation du sujet à propos de son poids ; (malgré son évidente minceur, dans la plupart des cas) ainsi que la restriction que la personne commence à s'imposer face à la nourriture. La préoccupation se manifeste, ainsi que la négation de la maladie sont des caractéristiques importantes. Les anorexiques s'imposent un régime d'exercices très vigoureux et elles n'ont aucune difficulté à le maintenir et elles s'entraînent avec beaucoup d'assiduité. Elles ont également tendance à être très manipulatrices et mentent régulièrement à propos de leur absorption de nourriture ou de leurs exercices physiques afin de faire taire les inquiétudes de leur entourage au sujet du changement de leur apparence physique (BECKER, 1999)¹⁹⁰.

Mentionnons également que l'on reconnaît une anorexique à son désir progressif d'isolement et à son refus de se nourrir. C'est à partir de ce moment que son fonctionnement mental sera dominé par une volonté de maîtrise extrême : elle désire tout contrôlé, mais le seul

¹⁸⁶ LUCAS, AR. BREAD, CM. MINNESOTA, in A Population Based Study. AMJ PSYCHIATRY 1991,148, 29-17-922 in 17 *Troubles Des Conduites Alimentaires*

¹⁸⁷ KENDLER, KS.MACLEANC, NEALEM, KESSLER, R. HEATH, A, EAVES, L. *The Genetic Epidemiology Of Bulimia Nervosa*, AMJ PSYCHIATRY 1991, 148 : 1627-1637 in 17 *Troubles Des Conduites Alimentaires*

¹⁸⁸ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. p 148.

¹⁸⁹ KENDLER, KS.MACLEANC, NEALEM, KESSLER, R. HEATH, A, EAVES, L. *The Genetic Epidemiology Of Bulimia Nervosa*, AMJ PSYCHIATRY 1991, 148 : 1627-1637 in 17 *Troubles Des Conduites Alimentaires*.

¹⁹⁰ BECKER, A.E. 1999. *Current Concept : Eating Disorders. The New England Journal Of Medicine*, vol. 340 n° 14. April; p 1092-1098.

endroit où elle a réellement le plein contrôle, c'est son corps. Voilà où la jeune anorexique peut vraiment exceller (HALMI, 1996¹⁹¹; PATTON, 1992¹⁹²; HANS et JAMES, 1998¹⁹³).

Les personnes anorexiques ont, en générale, une meilleure estime d'elles mêmes lorsqu'elles perdent du poids. Si elles prennent quelques grammes, elles se sentent déprimées et la panique peut s'emparer d'elles. Cette panique semble reliée à la peur de devenir obèse ou de perdre le contrôle de leur poids (JEAMMET, 1985)¹⁹⁴.

De là s'enchainent des comportements tels que des rituels reliés à l'alimentation : l'anorexique refuse alors toutes les invitations, elle ne se laisse plus servir à table, elle se sert de minuscules portions, trouve toutes sortes d'excuses pour couper court à son repas ou tout simplement le sauter et elle se donne un horaire bien précis d'activités à respecter à la lettre. Au moindre changement dans cet horaire, elle sera déroutée et aura un si grand sentiment de culpabilité, que la honte s'installera (MARANDA, 1990)¹⁹⁵. La plupart des anorexiques présentent des conduites boulimiques et essaient d'éviter la prise de poids, en utilisant divers procédés comme le vomissement provoqué, à travers duquel « *l'anorexique croit s'octroyer une toute puissance imaginaire qui permet de rejeter, d'annuler le oui par le non, face à une peur innommable d'abandon ou à ce « sentiment de nullité » décrit par KAFKA dans une lettre à son père* » (BOURCILLIER. 2007. P.57)¹⁹⁶, dans ce cas là, recourir à la nourriture, premier objet de la fonction vitale, peut se lire comme tentative de retour à la période précépidienne, laquelle surgit d'autant plus vivement qu'elle a été déniée avec une extrême violence. Comme si manger goulûment c'était rester attachée au sein maternel, et vomir une façon de se sortir de son désir incestueux (BOURCILLIER. P. 2007, P, 107)¹⁹⁷. Aussi la prise de laxatifs ou de diurétiques, mais aussi, la course à pieds, la bicyclette ou le body building (BOURCILLIER. 2007. p. 29.)¹⁹⁸. De plus, l'affect de la jeune fille est instable, il balance entre l'euphorie et le désespoir, mais on remarque surtout un déni quant à la tristesse (BECKER, 1999 ; BOURQUE, 1991 ; LEICHNER, 1987 ; JEAMMET, 1985)¹⁹⁹. Le comportement obsessionnel-compulsif, la dépression

¹⁹¹HALMI, K.1996. *The Psychobiology of Eating Behaviour in Anorexia Nervosa*. Psychiatry Research, 62, p 23-29

¹⁹²PATTON, G. 1992. *Eating Disorders: Antecedents, Evolution and Courses*. Annales Of Médecine, vol.24.p 281-284.

¹⁹³HANS, S. et JAMES, L. 1998. *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents, a Review of the Past 10 Years*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol.37. n°4 avril.p. 352-359.)

¹⁹⁴JEAMMET, P. 1985. *L'Anorexie Mentale*. Paris ; Editeurs DOINS.

¹⁹⁵MARANDA, F.1990. *L'Adolescente Anorexique*. Santé Mentale au Québec, vol.2, p 94-98.

¹⁹⁶BOURCILLIER. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P57.

¹⁹⁷BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 107.

¹⁹⁸BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P29.

¹⁹⁹ LEICHNER, P.1987. *Anorexie Et Boulimie : s'affamer à satiété*. Le Clinicien, vol.2, n°1, Montréal, p.49-71.

et l'anxiété sont les autres symptômes les plus remarquables dans la littérature. La rigidité et le perfectionnisme sont également très présents.

1. DESCRIPTION CLINIQUE

Le tableau clinique classique de la conduite anorexique est remarquable par sa constance au travers des époques et des pays. Il se constitue en 3 à 6 mois, après une période marquée par un désir de suivre un régime, comme il a été déjà signalé, pour perdre quelques kilogrammes jugés superflus.

C'est celui d'une jeune fille adolescente qui présente la triade symptomatique : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée

A. TRIADE SYMPTOMATIQUE ASSOCIE :

Dites les « 3 A », à savoir ; Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée.

A.1. Anorexie :

En psychologie le terme d'anorexie est considéré comme inexact ; car les anorexiques ont faim, bien qu'elles refusent de se nourrir, du moins au début²⁰⁰.

Elle est souvent inaugurale, elle est maître symptôme, ses caractères particuliers traduisent sa dimension psychologique et sa signification de conduite relationnelle.

Comme le déclare P. JANET « *l'anorexie mentale est due à un grave trouble psychologique, dont le refus de se nourrir n'est que la manifestation extérieure* »²⁰¹. C'est l'anorexie qui annonce le plus souvent le début des troubles, et l'amaigrissement lui est secondaire. Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire, souvent justifiée au début par un régime qui deviendra de plus en plus drastique. La sensation de faim disparaît progressivement et la perte d'appétit, se substitue à une intolérance à l'alimentation.

Cette restriction alimentaire représente une lutte acharnée contre la faim. Mais cette sensation de faim n'est reconnue qu'ultérieurement et avec honte. Cependant, la patiente cherchant à contrôler cette faim, « *certain auteurs ont d'ailleurs évoqué l'orgasme de la faim, véritable jouissance tirée par l'anorexique de sa maîtrise sur le besoin physiologique. Ceci explique l'habituel paradoxe : alors que le régime est de plus en plus draconien, réduit à quelques centaines de calories, la pensée de l'anorexique est de plus en plus envahie par l'idée*

²⁰⁰ DESPINOY, M. 1999, *Psychopathologie De L'enfant Et De L'Adolescent*. ARMAND COLIN, p.142.

²⁰¹ REVUE *Le clinicien, l'anorexie mentale à l'adolescence*, vous avez les ressources pour agir !, avril 2007, p, 71-77, p, 72.

de nourriture et de régime : comptage de calories absorbées, évaluation des actes nécessaires pour éliminer ce qui a été avalé, etc. » (MARCELLI et BRACONNIER.2000. p 150.)²⁰².

A.2. Amaigrissement :

Il est progressif et souvent massif, il est souvent spectaculaire et dépasse 25% du poids initial pour atteindre parfois plus de 50% du poids normal à cet âge, dans les formes cachectisantes. L'aspect de la jeune fille est évocateur : corps efflanqué. La fonte des réserves graisseuses superficielles et profondes est massive : Les formes féminines se sont effacées ; seins, hanches et fesses ont disparu. Les joues creuses, les yeux enfoncés dans les orbites, et le nez pincé confèrent au visage une apparence cadavérique (DESPINOY, M. 1999)²⁰³. Cette disparition du tissu adipeux s'accompagne d'une atrophie des muscles et d'une atteinte de la qualité de la peau qui devient sèche, les ongles striés et cassants. En regard de cet amaigrissement, la méconnaissance de leur maigreur par les malades est, à des degrés divers, constante. Elle reflète l'importance du trouble de la perception de l'image de leur corps par ces patientes. Cela rend compte de leur absence d'inquiétude sur leur état de santé dont elles nient la gravité. Le plus souvent, au contraire, leur maigreur croissante les plonge dans un sentiment de bien-être, de triomphe qui les conduit à nier le danger auquel elles s'exposent. Le désir éperdu de la minceur et la peur de grossir se renforcent mutuellement pour guider l'essentiel des attitudes mentales de ces patientes et de leurs comportements : elles se voient et se désignent toujours plus grosses qu'elles ne le sont en réalité ; elles se livrent à d'incessantes mesures de vérification : pesées postprandiales, recherches sur la valeur calorique des aliments, mensuration des « rondeurs » éventuelles.

Il peut y avoir une prédominance du désir de la minceur ou de la peur de grossir et celle-ci peut s'appuyer sur des fixations de type dysmorphophobique centrées sur des parties du corps ou du visage, ou être constituée de craintes de grossir diffuses ou focalisées (Encycl. Méd. Chir, 2002)²⁰⁴.

A.3. Aménorrhée :

²⁰² MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. p 150.

²⁰³ Idem, p143.

²⁰⁴ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150573.

Dans 55% des cas, elle coïncide avec le début de l'anorexie. Précède l'anorexie dans 15% des cas ; la suit dans 30% des cas. Elle confirme le diagnostic (DESPINOY, M. 1999)²⁰⁵. Elle peut être primaire si la jeune fille n'était pas encore réglée ou secondaire dans le cas contraire (après 3 mois de règles régulières). On parle d'aménorrhée après une interruption de 3 mois des règles précédemment régulières, ou de 6 mois si elles étaient irrégulières. Elle est habituellement un des derniers symptômes à disparaître (élément de bon pronostic).

L'aménorrhée est un symptôme cardinal de l'anorexie mentale lié à l'importance de la dénutrition et de l'exercice physique et à leurs effets sur l'axe hypothalamohypophysaire gonadique, mais aussi à certaines dimensions psychopathologiques comme le suggèrent les données cliniques : aménorrhée précédant l'amaigrissement dans 30% des cas, persistance fréquente et durable de l'aménorrhée après la rééquilibration pondérale (Encycl. Méd. Chir, 2002)²⁰⁶.

L'aménorrhée est généralement accompagnée d'un désintérêt sexuel, aucune jeune fille anorexique ne se plaint de son aménorrhée. Ce retour à l'absence des règles, cette absence de marqueur d'une féminité angoissante (qui renvoie à la castration mais aussi à un sentiment de passivation) est vécu avec soulagement. Elle est de toute évidence une régression, un retour vers l'enfance et vers une bisexualité rêvée. Elle semble ainsi signifiée le maintien d'un statut d'enfant, comme évitement du « devenir femme », et peut avoir paradoxalement la valeur d'une grossesse « devenir mère » puisqu'être amenorrhéique c'est aussi le statut de la femme enceinte (M. CORCOS, 2000. P. BOURCILLIER. 2007)²⁰⁷ : « *L'aménorrhée semble ainsi signifiée à la fois une grossesse perpétuelle et une façon de souhaiter tout le temps un non-venu. Elle stigmatise le désir de rester dans ces fantasmes infantiles en évitant l'accès à la genitalité* » (M. CORCOS, 2000)²⁰⁸.

B. Troubles associés :

L'absence de fatigue et l'hyperactivité motrice s'associent souvent à la diminution de la durée de sommeil et à des mesures d'ascétisme : se tenir sur une jambe, marcher jusqu'à épuisement, dormir à même le sol, etc. mensonges et manipulation de l'entourage se surajoutent, en nombre et en combinaison variables ; la kleptomanie est fréquente, notamment le vol d'aliments. Il existe enfin un signe négatif important : l'absence de

²⁰⁵ DESPINOY, M. 1999, *Psychopathologie De L'enfant Et De L'Adolescent*. ARMAND COLIN, p.142.

²⁰⁶ Idem, p150574.

²⁰⁷ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD. P, 239- BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P83.

²⁰⁸ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD. P, 239.

troubles mentaux majeurs. On entend par là l'absence de symptômes de la série psychotique (délires, signe dissociatifs). Cela exclut du cadre de l'anorexie mentale les restrictions alimentaires sous-tendues par un délire d'empoisonnement par exemple, ou accompagnant un épisode mélancolique.

Pourtant, les éléments de cette triade, ne prennent leur réelle valeur que si on les intègre à un ensemble d'attitudes psychologiques particulières. Ce sont elles qui signent l'existence d'un conflit psychique spécifique de l'anorexie mentale (Encycl. Méd. Chir , 2002)²⁰⁹.

- La potomanie, qui peut conduire à l'ingestion d'une dizaine de litres par jours et menace directement et gravement l'équilibre hydroélectrolytique ;
- Le mérycisme, souvent difficile à mettre en évidence et qui traduit un dysfonctionnement psychopathologique particulièrement sévère ;
- La stratégie de contrôle du poids s'exerce également sur l'évacuation de la nourriture par des vomissements provoqués, la prise de laxatifs et de diurétiques à des doses parfois considérables qui créent des troubles graves hydro-électrolytiques, intestinaux ou rénaux et mettent parfois la vie en danger.

L'échec de ce contrôle, sentiment constant dans le vécu intime de l'anorexique, peut se traduire dans les faits par des accès boulimiques, suivis de vomissements intermittents ou occupants parfois le devant de la scène.

L'investissement de la sensation de faim est particulier et bon nombre de patientes recherchent et provoquent cette sensation (KAPLAN, HL. SADOCK, BJ. 1998)²¹⁰. L'ensemble des besoins du corps peut faire l'objet d'une semblable méconnaissance de leur nécessité et de leur fonction de garant de la vie pour être utilisés à des fins de maîtrise et de satisfaction autoérotique. L'hyperactivité et le surinvestissement de la motricité en sont un exemple démonstratif (Encycl. Méd. Chir ,2002)²¹¹.

B.1. L'hyperactivité :

²⁰⁹ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150574.

²¹⁰ KAPLAN, HL. SADOCK, BJ.1998. *Synopsis De Psychiatrie*. Paris ; Masson. In. CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150574.

²¹¹ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150573.

Dans cette pathologie, le comportement peut être modifié de façon stéréotypée. Il n'est ainsi pas rare d'observer une hyperactivité physique ou intellectuelle.

L'hyperactivité physique consiste, par exemple, en la pratique d'activités sportives extrascolaires intensives. Certaines patientes peuvent également s'obliger à longs trajets à pied, préférer systématiquement les escaliers à l'ascenseur, faire de la gymnastique à la maison de façon excessive, etc. toutes ces activités sont comme un besoin nouveau dont elles ne peuvent se passer et dont elles tirent un certain « plaisir ».

L'hyperactivité intellectuelle est elle aussi quasiment toujours retrouvée. Elle peut être synonyme d'un isolement social, d'ailleurs « *cet investissement au travail est le prétexte à un fréquent isolement social* » (MARCELLI et BRACONNIER.2000. p 151.)²¹². Mais en réalité, il existe souvent une disproportion anormale entre le temps passé à étudier et les performances scolaires proprement dites. La réputation d'intelligence « remarquable » de ces patients est donc nuancer, car « *les résultats sont meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité et les processus intellectuels purs* » (ALVIN. P, 1996, p. 8)²¹³. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'au décours de la prise en charge thérapeutique, les processus anorexiques s'estompant, les performances scolaires fléchissent.

Au début de la maladie, l'hyperactivité n'est pas modifiée par le degré d'amaigrissement : bien au contraire, plus la patiente maigrit, plus elle est active et mieux elle se sent. L'hyperactivité diminue par épuisement physique seulement lorsque l'amaigrissement devient extrême.

B.2. Vie relationnelle :

Sur le plan relationnel, il existe par ailleurs une « *régression affective* » avec un « *isolement des pairs* » et un « *surinvestissement des relations familiales, notamment avec la mère* » (ALVIN. P, 1996, p. 9)²¹⁴. L'entourage proche remarque aussi un changement de comportement chez cette fille jusque-là sage et obéissante : elle devient plus irritable, exigeante et susceptible, et cherche à éviter certains sujets.

La vie relationnelle de l'anorexique est marquée par un comportement paradoxal qui caractérise en fait l'ensemble de ses conduites : comment tenir à distance de soi ce dont on ne peut se passer. Trois ordres de réponses se dégagent :

²¹² MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « *les âges de la vie* ». Paris. Masson. p 151.

²¹³ ALVIN, Patrick.1996. *Les Anorexies à l'adolescence*, Doin Editeurs, p.8.

²¹⁴ Idem, p.9.

- Le maintien d'une relation de dépendance et d'attachement aux objets d'investissement, réalisant un véritable agrippement ;
- La tentative de dénier ces liens et le besoin de ces liens par une affirmation d'autosuffisance, les relations se bornent au milieu familial, s'étendent tout au plus à une amie privilégiée, sorte de double narcissique d'elle-même²¹⁵.

Du fait de la faiblesse des possibilités d'identification aux parents, aux professeurs d'école, aux mythes collectifs de la société, ils collent aux images d'eux-mêmes que leur donne le corps social, plus qu'ils n'adhèrent et s'identifient à un objet attractif suffisamment érotique, et pas trop sexuel (sur un modèle d'identification apparemment hystérique, mais peut-être plus gravement sur un modèle d'identification narcissique, tant il est vrai que le contrat social n'est pas libidinal mais narcissique) (GILLIBERT.1993, rapporté par CORCOS.2000)²¹⁶.

- La reprise d'un lien avec l'objet sur un mode qui assure sa permanence et son contrôle par le développement d'une relation d'emprise sadomasochiste de type manipulateur.

L'attitude de défi exprime bien la situation de contrainte à laquelle la patiente soumet son entourage. Il s'agit en réalité selon D. LE BRETON, d'une perte de repères sociaux rassurants, face à cette dé-symbolisation du monde, le corps devient un refuge. Ce qui explique l'investissement croissant qu'il suscite. Investissement ou repli narcissique qui traduit l'absence des autres. Contre l'effacement du lien social s'opère un mouvement de défense, de retour sur soi, le moi devient le seul repère : « *Quand l'identité personnelle est en question à travers les remaniements incessants de sens et de valeurs qui marquent la modernité quand les autres se font moins présents, que la reconnaissance de soi fait problème, même si ce n'est pas à un niveau très aigu, il reste en effet le corps pour faire entendre une revendication d'existence* » (LE BRETON. D, 1991, p, 138)²¹⁷. .

BOURCILLIER rejoint LE BRETON dans son interprétation du comportement d'isolement ; pour elle : « *Les comportements d'isolement, dont témoignent les sujets anorexiques, rencontrent comme par accident la radicalité des mouvements intégristes dans*

²¹⁵ JEAMMET, P. in *Maigreurs Et Amaigrissement*, La Revue du Praticien, Tome 32,3. 225-310, p 254.

²¹⁶ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P, 36.

²¹⁷ LEBRETON. D, 1991, *Anthropologie du Corps et Modernité*, PUF, p.138.

une projection narcissique de l'unité, par une sorte de régression, qui n'a d'autre expression que le langage du corps ». (P. BOURCILLIER. 2007, P, 25)²¹⁸

CORCOS, considère que les troubles des conduites alimentaires sont une forme de délinquance puisque l'absence de liens sociaux est au cœur des addictions : « *les troubles des conduites alimentaires, sont comme les autres conduites addictives, une forme de délinquance (au sens de rupture du lien social et familial) un acte violemment bien que doucement antisocial* » (CORCOS.M. 2000, P. 21)²¹⁹.

B.3. Sexualité :

L'amaigrissement va progressivement gommer tous les stigmates de développement pubertaires (absence de règles, régression de volume mammaire) (ALVIN. P, 1996, p. 8)²²⁰. Ces transformations corporelles sont niées, sources de gêne. Cependant la sexualité fait l'objet d'un refoulement massif, tant dans ses comportements physiologiques que dans sa dimension de désir. On observe un défaut d'investissement érogène du corps. Si une activité sexuelle existe ; elle sera toujours dans un cadre d'activités conformistes (MARCELLI ET BRACONNIER. 1983)²²¹, Elle semble se faire sans plaisir, sans implications affectives autre qu'une éventuelle gratification narcissique (MARCELLI ET BRACONNIER.1983)²²², machinalement et s'inscrit dans les comportements de maîtrise. Par la suite, si une émergence de désir sexuel est possible, ce domaine reste probablement le plus conflictuel et le plus profondément insatisfaisant. En revanche, dans la dimension de maîtrise, les comportements de séduction ne sont pas rares. Cette aversion pour toute forme sensorielle de plaisir s'accompagne par ailleurs d'un surinvestissement du regard et du couple de pulsion partielles : voyeurisme/exhibitionnisme (Encycl. Méd. Chir ,2002)²²³.

B.4. Trouble de la perception de l'image du corps :

Il existe dans l'anorexie mentale un trouble de la perception de l'image du corps avec méconnaissance de la maigreur. Ceci rend compte, chez ces patientes, de leur absence d'inquiétude sur leur état de santé. Malgré un état physique altéré, il persiste chez elles un désir

²¹⁸ Patricia BOURCILLIER. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P,25.

²¹⁹ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD. P, 21.

²²⁰ ALVIN, Patrick.1996. *Anorexies à l'adolescence*, Doin Editeurs, p.9.

²²¹ MARCELLI et BRACONNIER.1983. *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris. Masson. p 134.

²²² Idem. P. 134.

²²³ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150573.

éperdu de maigrir ou une peur intense de grossir (ALVIN. P, 1996, p. 9.)²²⁴, cette crainte peut prendre l'aspect de dysmorphophobies localisées (ventre, fesses, cuisses, trop gros). La reprise de poids suscite une peur intense de grossir et de ne plus avoir de limites. Tout ceci explique l'état physique souvent déjà très impressionnant dans lequel les anorexiques peuvent arriver en consultation.

B.5. Fonctionnement intellectuel :

Par opposition, au côté pulsionnel qu'elles sont amenées à refuser en bloc, le fonctionnement intellectuel est considéré comme excellent avec un surinvestissement de ce domaine, de bons résultats scolaire et des évaluations psychométriques au-dessus de la moyenne. Il convient cependant de nuancer ce jugement : les résultats sont meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité et les processus intellectuels sont souvent pris dans l'organisation défensive anorectique et, de ce fait, finalement entravés dans leur développement. On y retrouve les caractéristiques du style anorexique : boulimie de connaissance, hyperactivité intellectuelle, mais aussi agrippement, excès de vérification, en fait peur de la réalité psychique interne potentiellement désorganisant. Le refuge dans « l'intellectualisme pur » prend une valeur défensive à l'égard des émotions. Cependant, il n'est pas rare que la conduite anorexique ait un effet stimulant sur les conduites d'apprentissage et que l'assouplissement de l'anorexie provoque au contraire des difficultés de concentration, une apathie et une baisse de l'efficacité intellectuelle (Encycl. Méd. Chir, 2002)²²⁵.

²²⁴ Idem , p.9.

²²⁵ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150573.

Tableau 3 : Signes d'appel évoquant une anorexie mentale

ALIMENTATION ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Prise alimentaire < 100 kcal/j • Compte des calories • Déni des sensations de faim • Activité physique extrême • Alimentation réduite ou jeûne • Sentiment d'être contrôlé par la nourriture • Evitement ou accumulation alimentaire • Perception de la nourriture comme bonne ou mauvaise • Sauts fréquents de repas • Préoccupation alimentaire fréquentes
IMAGE DU CORPS ET SATISFACTION CORPORELLE
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation de l'image du corps • Peur de prendre du poids • Obésité antérieure • La maigreur pour objectif • Un objectif pondéral < 85% du poids attendu
ETAT DE SANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée (moins de 3 mois sans règles) • Flatulences/nausée • Intolérance au froid • Constipation • Poids < 85% du poids attendu
FONCTIONNEMENT PERSONNEL
<ul style="list-style-type: none"> • Retard du développement psychosexuel • Dépression • Difficulté d'individuation • Mauvaise image de soi • Perfectionnisme • Difficulté à faire face aux événements éprouvants de la vie • Perte récente d'amis
INFLUENCES EXTERIEURES
<ul style="list-style-type: none"> • Famille trop présente et trop impliquée • Antécédents familiaux d'obésité, de troubles du comportement alimentaire, ou de préoccupation pondérale • Peu d'amis intimes

VI. TRAITEMENT :

« Ces dernières années ce sont multipliés les traitements thérapeutiques afin de guérir l'anorexie mentale. Leur aspect parfois contradictoire peut placer le clinicien dans une situation difficile renforcé par le fait que les données de la recherche ne sont pas d'un grand secours, seules quelques données indiscutables existent » (BRUSSET, B, 2000, p. 7.)²²⁶ · En effet, si la prise en charge thérapeutique est une étape essentielle et indispensable dans la guérison de l'anorexique, elle confronte les soignants à différents problèmes : comment venir à bout de la résistance qu'opposent les anorexiques à la prise en charge ? Comment leur faire comprendre qu'elles ont besoin d'aide et que leur devise « *je veux m'en sortir par moi-même* » (VINCENT, 2000, p 103.)²²⁷ N'est qu'une illusion ? Nous allons voir quelles solutions sont aujourd'hui envisagées pour prendre en charge cette maladie poly-factorielle qu'est l'anorexie. La prise en charge vise à stopper la performance de l'anorexique et lui faire prendre conscience de sa maladie.

Nous présenterons les différentes formes de prise en charge qui existent actuellement ainsi que les problèmes auxquels sont confrontés les soignants.

A. Les enjeux de la démarche thérapeutique :

L'objectif de la prise en charge thérapeutique de l'anorexique est de remédier en premier lieu aux « *conséquences physiques et psychiques de la dénutrition* » mais aussi aux « *difficultés psychologiques* », aux « *interactions familiales autour de l'anorexie* » (GODART N et all, 2005. P.42)²²⁸. Il existe aujourd'hui une diversité de traitements thérapeutiques qui permettent d'atteindre cet objectif cependant, quel que soit le mode de prise en charge la réussite dépend en grande partie des relations entre le psychologue et sa patiente et de la place accordée aux parents au cours de la démarche thérapeutique.

²²⁶ BRUSSET, Bernard, *Controverses sur la Prise des Troubles Alimentaires*, la revue Prisme, n°32,2000,p.7

²²⁷ VINCENT, 2000, *L'anorexie*, paris, Editions Odile Jacob, p 103.

²²⁸ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.42.

1. Les différentes modalités de prises en charge :

1. a. La prise en charge en ambulatoire : des thérapies pluridisciplinaires :

La prise en charge de l'anorexie est subordonnée à la volonté de la malade et « *la majorité des patients atteints d'anorexie mentale ne sera jamais hospitalisée* » (ALVIN, P, 2001, P.80.)²²⁹. A l'inverse, si la malade décide ou est contrainte d'être prise en charge, deux cas de figure s'offrent à elle : soit le suivi se fait en ambulatoire, soit elle est hospitalisée. Excepté la dissension sur la pratique de l'isolement, les soignants s'accordent sur la nécessité d'une prise en charge de l'anorexie « *globale, pluridisciplinaire, longue et complexe* » (GODART. N et all, 2005. P.42.)²³⁰. Très souvent, elle se fait en ambulatoire dans un service spécifiquement dédié aux troubles des comportements alimentaires ou dans un service plus généraliste destiné aux adolescents. Dans ce cas, la malade n'est pas hospitalisée mais suivie régulièrement par un médecin référent et un psychologue, l'un prenant en charge les complications physiologiques, l'autre l'aspect psychique de la maladie. Les spécialistes des troubles du comportement alimentaire insistent sur la qualité de ce suivi qui dure souvent des années. Le choix de la structure ou du médecin référent dépend fortement « *des ressources thérapeutiques disponibles à proximité du domicile du sujet, des orientations théoriques des équipes impliquées, ou encore du symptôme ayant déclenché la première consultation, que de schémas thérapeutiques validés scientifiquement* » (GODART. N et all, 2005. P.42.)²³¹.

L'hospitalisation est jugée nécessaire uniquement si le pronostic vital est en jeu, si des troubles dépressifs ou un risque suicidaire existent. C'est au corps médical de prendre la décision de l'hospitalisation avec l'accord de la patiente et des parents. P. JEAMMET explique que l'hospitalisation est relativement rare et n'a concerné que 7% des anorexiques vues en consultation dans son service. Lorsqu'une patiente est hospitalisée pour dénutrition importante, les médecins recourent à la nutrition assistée (par sonde gastrique) pour que la malade atteigne un « *poids de sécurité* » qui permette ensuite de poursuivre les soins en ambulatoire et

²²⁹ ALVIN, PATRICK, 2001, *Anorexies et Boulimies à l'Adolescence*, Paris, Editions Doin, Collection « conduites », P.80.

²³⁰ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.42.

²³¹ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.42.

d'envisager un suivi psychologique. Dans la plupart des cas, la pose de la sonde ne pose pas de problème cependant, les soignants sont parfois confrontés à une résistance de la patiente qui assimile cette ré-nutrition à un gavage. Des spécialistes témoignent : « *le refus de la prise pondérale conduit certaines anorexiques à des tentatives de mise en échec des soins (arrêt de la pompe, vidange des poches de nutrition dans les toilettes, par la fenêtre ou dans le matelas...)* » (TOURNEMIRE (DE), et all, 2005, p. 46.)²³².

Quel que soit le mode de prise en charge dont bénéficie l'anorexique, l'objectif est toujours de l'aider à atteindre un poids normal avant de comprendre les raisons qui ont conduit au déclenchement de l'anorexie. Ainsi, H. BRUCH écrit qu' « *une psychothérapie individuelle n'est que l'un des aspects du traitement dont l'anorexique a besoin [...] un certain rétablissement nutritionnel est indispensable avant qu'on puisse procéder à une exploration psychothérapeutique valable* » (BRUCH. H, 1990, p.11.)²³³.

La nécessité d'une prise en charge psychologique s'impose et dont les modalités sont très variées. Il est important d'évoquer ces différentes thérapies afin de souligner leur diversité mais aussi leurs spécificités.

La **Démarche de type analytique** (BRUCH. H, 1990, p.229.)²³⁴ Ou psychothérapie est considérée par certains thérapeutes comme le meilleur traitement mais relativement difficile à mettre en place. L'anorexique consulte un médecin (psychiatre) ou un psychothérapeute (psychologue, psychanalyste...) qui cherchera à comprendre les raisons inconscientes ou non qui ont déclenché le processus anorexique. Il faut savoir que la démarche analytique varie selon si la personne consultée est un psychanalyste ou un psychiatre, chacun ayant en outre des méthodes différentes. Quelque soit la solution choisie, les bénéfices ne sont pas immédiats et la psychothérapie doit durer au moins deux ans (BRUCH. H, 1990, p.230.)²³⁵.

La malade peut également participer à un **Groupe de parole** qui consiste à réunir des patientes au même stade de la maladie, et qui sont déjà dans une optique de guérison. Elles peuvent ainsi échanger leurs expériences et mieux comprendre leur trouble. Les résultats de

²³² TOURNEMIRE (DE), Renaud ; Anima ; AUTRET, Dominique ; HARAT, Omar, Dossier sur « *Les Troubles du Comportement Alimentaire* », (Nutrition assistée chez l'adolescent anorexique) dans la revue Soins, n°694, avril 2005, p. 46.

²³³ BRUCH. H, 1990, *Conversations avec des Anorexiques*, Paris, Editions Payot, Collection « Petite Bibliothèque Payot » p.11.

²³⁴ Idem. P. 229.

²³⁵ Idem. p.230.

cette thérapie sont mitigés et la mise en place d'un groupe de parole dépend pour beaucoup de la personnalité des patientes (TAESCH, C, 2004, P. 44.)²³⁶.

Enfin, *L'approche cognitivo-comportementale* constitue une dernière possibilité qui s'offre aux patientes. Ce type de thérapie vise à « *corriger les raisonnements erronés liés aux principaux symptômes du trouble* » (MOREL, S et all, 2003. P.24.)²³⁷. Le thérapeute cherche à identifier les raisons qui ont conduit l'anorexique à adopter un tel comportement pour ensuite modifier « *ses comportements mal adaptés* » mais contrairement à la thérapie analytique, il n'aborde pas « *les conflits psychiques sous-jacents ni la vie fantasmatique* » (ALVIN, P, 2001, P.105.)²³⁸. Il existe peu d'études prouvant l'efficacité de ces thérapies, notre objectif n'étant pas de toute façon de trancher entre les différentes possibilités existantes. Une étude de P. JEAMMET révèle que sur la population étudiée, « *24% des anorexiques n'ont pas suivi de psychothérapie et 29% l'ont interrompu avant un an* » (CHABROL, H, 1991, p.119.)²³⁹.

1. b. L'isolement :

Pendant près d'un siècle, l'isolement a été le traitement thérapeutique privilégié pour soigner l'anorexie. Même si aucune étude n'a mesuré ses impacts réels (GODART. N et all, 2005. P.44)²⁴⁰. D. RIGAUD démontre que les arguments invoqués par les médecins qui utilisent cette thérapie ne sont pas valables (RIGAUD, D, 2003, P.41)²⁴¹. D'abord, l'isolement repose sur l'idée que la famille est un milieu pathogène or, ce n'est pas en séparant l'adolescente de son entourage que les problèmes familiaux peuvent se résoudre. Les médecins qui recourent à l'isolement semblent oublier qu'une fois l'hospitalisation terminée, la patiente doit retourner vivre dans sa famille. Ensuite, les partisans de l'isolement considèrent que la malade refuse de se soigner, il faut donc l'y contraindre. Cette démarche a pour risque d'entraîner un rapport de force entre la patiente et les soignants au lieu d'instaurer un climat de confiance.

²³⁶ TAESCH, Caroline, « *Anorexie et Boulimie, expérience d'un groupe de parole* » dans la revue *Soins psychiatrie*, n°230, JANVIER 2004, P. 44.

²³⁷ MOREL, Séverine ; GUYOMARCH, Sarah ; SATORI, Nadine, « *Anorexie Mentale et Approche Cognitivo-Comportementaliste* » dans la revue *Soins psychiatrie*, n° 22, juillet/août 2003. P.24.

²³⁸ ALVIN, PATRICK, 2001, *Anorexies et Boulimies à l'Adolescence*, Paris, Editions Doin, Collection « conduites », P.105.

²³⁹ CHABROL, Henri, *L'anorexie et la Boulimie de l'Adolescence*, Paris, Editions Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? », 1991, p.119.

²⁴⁰ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.44.

²⁴¹ RIGAUD, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (Pour ou contre l'isolement thérapeutique ?) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.41.

De plus, la peur de grossir panique la malade qui essaie de perdre du poids (ou au moins de ne pas en prendre), ce qui la conduit à adopter des stratégies de dissimulations, et de manipulation.

Enfin, les partisans de l'isolement prétendent que sans *contrat de poids*, la malade ne peut pas atteindre un objectif pondéral satisfaisant puisqu'elle refuse de grossir. Ce contrat va de pair avec l'isolement : si la patiente respecte les objectifs de poids fixés, elle obtient le droit de téléphoner, de recevoir une visite... D. RIGAUD pense que cette « *méthode [est] vide de sens* » (RIGAUD, D, 2003, P.215)²⁴² car la plupart des malades se résignent à manger afin d'obtenir le droit de sortir mais rechutent peu de temps après.

La reprise de poids est illusoire et n'entraîne aucune amélioration psychique alors que l'anorexie est avant tout une maladie mentale. Il s'insurge contre cette pratique qui coupe la patiente du monde extérieur. En effet, au cours de la maladie, la jeune fille s'isole jusqu'à perdre toute vie sociale. Un des objectifs de la guérison est de lui apprendre à renouer des liens avec les autres.

En ce sens, l'isolement est une aberration totale : il prive la malade de contacts alors que ce sont justement les liens avec les autres qui lui font défaut. T. VINCENT pointe un dernier inconvénient posé par l'isolement : les parents peuvent vivre cette séparation comme une sanction, pour ne pas avoir réussi à sortir leur enfant de la maladie, voire à ne pas l'avoir soupçonnée (VINCENT, 2000, p 36.)²⁴³ .

Suivait l'énumération de ce à quoi elle avait droit quand elle prenait du poids. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres mais nombreux sont les livres de jeunes anorexiques qui témoignent d'un traitement similaire. La littérature scientifique diverge sur la question de la pratique de l'isolement : certains médecins comme D. RIGAUD affirment que ce mode de prise en charge existe encore tandis que d'autres prétendent que ce traitement est maintenant dépassé et qu'il est très rarement utilisé dans les hôpitaux.

Cependant, quand il est encore pratiqué, l'isolement n'est plus conçu comme une fin mais comme un moyen. Il s'inscrit dans une prise en charge plus globale comme en témoigne P. JEAMMET : « *Les conditions de l'hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence sont actuellement le centre d'une polémique médiatique considérable sur laquelle nous ne pouvons rester silencieux. Nous hospitalisons les sujets anorexiques avec un contrat de poids incluant*

²⁴² RIGAUD, DANIEL, 2003, *Anorexie, Boulimie et compulsions- Les Troubles du Comportement Alimentaire*, Paris, Editions Marabout, P.215.

²⁴³ VINCENT, 2000, *L'anorexie*, paris, Editions Odile Jacob, p 36.

une période de séparation d'avec leur milieu habituel de vie, ce qui est actuellement bruyamment décrié et, à tort, qualifié « d'isolement » ou de « parentectomie » par les détracteurs de cette méthode » (GODART. N et all, 2005. P.43.)²⁴⁴.

Le professeur P. JEAMMET explique qu'historiquement l'isolement était un isolement « *familial et sensoriel* » de la malade, alors qu'aujourd'hui il s'agit plutôt d'une séparation. La patiente n'est pas enfermée dans sa chambre mais participe à des « *activités de médiation* » animées par des ergothérapeutes, des psychologues, des psychomotriciens... Une prise en charge au plan « *psychique, somatique et nutritionnel* » est mise en place, ce qui diffère de l'isolement tel qu'il était pratiqué au XIX^{ème} siècle. P. JEAMMET utilise le terme de « *contrat de soins* » pour qualifier cette séparation, un terme qui met en évidence que l'objectif recherché n'est plus uniquement une reprise de poids. Selon lui, « *ce type de soins* » serait « *la pratique de référence en France, même s'il est contesté par certains* » (GODART N et all, 2005. P.44.)²⁴⁵.

Toujours dans le même ordre d'idée GIRARD (cité par MARCELLI et BRACONNIER. 2000. p 162)²⁴⁶, insiste sur les « *buts limités et précis de l'hospitalisation, avec un contrat incluant un poids de sortie en général retenu* :

- *Arrêter la chute pondérale, interrompre l'aggravation des comportements réactionnels familiaux ;*
- *Démontrer la réversibilité possible de la pathologie somatique par l'abord psychologique ;*
- *Inscrire l'hospitalisation dans l'ensemble d'un projet thérapeutique dont la psychothérapie reste l'élément majeur ;*
- *Enfin si nécessaire traiter un état dépressif secondaire. ».*

L'hospitalisation dure en moyenne entre 3 et 6 mois, cette durée dépend à l'évidence du rythme de la reprise pondérale.

2. Les enjeux relationnels :

²⁴⁴ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.43.

²⁴⁵ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.44.

²⁴⁶ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « *les âges de la vie* ». Paris. Masson. p 162.

2. a. Les parents et la prise en charge thérapeutique :

Aujourd'hui, le rôle des parents dans la prise en charge thérapeutique est considéré comme indispensable que leur fille soit hospitalisée ou suivie en ambulatoire. Ils sont les alliés du traitement et doivent aider leur enfant à guérir. En cas de prise en charge ambulatoire, les parents sont reçus par le médecin en présence de leur fille. C'est le moment où s'établit « *l'alliance thérapeutique* » (ALVIN, P, 2001, P.86.)²⁴⁷ autour du suivi de la malade. Même en cas de séparation, P. JEAMMET explique que « *les parents sont largement impliqués par l'équipe soignante dans les soins pour leur enfant pendant toute l'hospitalisation, et tout particulièrement pendant la période de séparation d'avec eux* » (GODART, N et all ; 2005. P. 43.)²⁴⁸. Les parents ont des contacts réguliers avec les médecins afin de mieux comprendre les objectifs du traitement et de partager leurs inquiétudes avec le personnel. Le traitement thérapeutique repose sur une relation de coopération entre les parents et le personnel médical. Cependant, dans certains cas, la famille peut intervenir pour soutenir leur fille et la faire sortir de l'hôpital.

En effet, il faut rappeler que la plupart du temps les parents prennent conscience assez tardivement de la maladie de leur enfant, et ont souvent du mal à l'admettre. Le thérapeute doit alors convaincre à la fois la malade et sa famille de la nécessité d'une prise en charge.

Outre leur participation à la démarche thérapeutique, **les parents peuvent également demander à être suivis**. Cette prise en charge a pour objectif de les déculpabiliser et de ne pas les stigmatiser comme étant la « cause » de la maladie de leur enfant. En effet, « *bien souvent, les parents se sentent culpabilisés par le corps médical, et revaloriser leur position est indispensable, sinon leur ambivalence face aux soignants risque d'être dommageable aux soins* » (GODART, N et all ; 2002.)²⁴⁹, à travers des « *thérapies de : soutiens, guidances, véritable psychothérapie du couple parental ou de l'un d'eux.* » (MARCELLI. D et BRACONNIER. A. 2000. p 162.)²⁵⁰

Le groupe de paroles constitue la forme de prise en charge la plus courante. Il est encadré par un professionnel de santé et composé uniquement de parents d'adolescentes

²⁴⁷ ALVIN, PATRICK, 2001, *Anorexie et Boulimies à l'Adolescence*, Paris, Editions DOIN, Collection « conduites », P.86.

²⁴⁸ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.43.

²⁴⁹ GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie* », dans la revue de la *littérature des données cliniques et implications thérapeutiques*, Paris, Editions Masson, vol. n°153, octobre 2002. www.masson.fr.

²⁵⁰ MARCELLI et BRACONNIER. 2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. p 162.

anorexiques qui peuvent échanger leurs expériences. La naissance de ce type de structure reflète une évolution fondamentale : l'anorexique n'est pas la seule victime de la maladie, les parents en souffrent aussi.

VII. CONSEQUENCES DE CES PRATIQUES SUR LA MALADE ET SON ENTOURAGE :

Aborder les conséquences de l'anorexie mentale pour la malade et pour son entourage, revient à s'intéresser aux victimes de cette pathologie. La première victime est la malade elle-même, la particularité étant qu'elle ne se considère pas comme une victime du moins au début. Elle ne prendra conscience de sa position de victime qu'au cours de la prise en charge thérapeutique. L'entourage représente la seconde victime. La notion d'entourage est à comprendre au sens large : dans certains cas il s'agit des parents, dans d'autres des frères et sœurs... Différentes configurations sont possibles même si en général ce sont souvent les parents qui sont en priorité « touchés » par la maladie. Cependant, on va tabler sur les conséquences psychologiques de l'anorexie avant de s'intéresser à l'impact de la maladie sur la famille pour terminer avec les conséquences sur le plan sexuel.

a. Les conséquences psychiques :

D. RIGAUD (2003. P.190-196)²⁵¹ souligne que les troubles du comportement alimentaire sont souvent considérés comme la conséquence de problèmes psychologiques, ce qui n'est pas toujours vrai et qui de plus, tend à faire oublier le fait que les troubles du comportement alimentaire sont responsables aussi de bien des dégâts psychiques. Ainsi, la détresse et le désarroi sentimental, la distorsion du jugement, le dégoût de soi, le désintérêt pour tout, la dépression, le désir de suicide (il est plus rare chez les anorexiques restrictives que chez les anorexiques boulimiques), la désinsertion sociale (la nourriture occupe tout l'espace psychique de la malade qui ne peut plus penser à autre chose. A cette préoccupation s'ajoute sa faiblesse physique qui la conduit à se couper progressivement du monde extérieur...), et les troubles obsessionnels compulsifs seraient des dommages psychologiques engendrés par la maladie. Ces troubles ne sont pas toujours présents chez la patiente anorexique mais ils sont des conséquences possibles de la maladie. Par exemple, la dépression est rare alors que les troubles obsessionnels compulsifs sont particulièrement fréquents. Ils sont souvent en rapport avec la nourriture. La malade instaure des rituels qui peuvent paraître « aberrants » de l'extérieur. Elle stocke des quantités importantes de nourriture, tri ses aliments dans l'assiette et les coupe en petits morceaux. Cette dimension du rituel va de pair avec le contrôle et la maîtrise qui

²⁵¹ RIGAUD, DANIEL, 2003, *Anorexie, Boulimie et compulsions- Les Troubles du Comportement Alimentaire*, Paris, Editions Marabout, P.190-196.

caractérisent la malade. Répéter toujours les mêmes gestes lui procure une certaine sécurité et lui permet de ne pas s'angoisser.

Des auteurs dont P. JEAMMET, insistent sur une autre conséquence psychique qui est la dépendance. En effet, plus de 90% des anorexiques affirment que la maladie est une drogue pour elle (RIGAUD, D, 2003, P.133)²⁵², c'est pourquoi certains spécialistes des troubles du comportement alimentaire ont de plus en plus tendance à classer l'anorexie parmi les conduites addictives au même titre que la toxicomanie. Dans son ouvrage, P. JEAMMET explique le mécanisme de l'addiction présent dans la maladie : « *on parle d'addiction lorsqu'un comportement procurant normalement plaisir et soulagement est employé selon un mode particulier. Celui qui s'y adonne se trouve dans l'incapacité de maîtriser ce comportement et a une propension à le répéter en dépit de ses conséquences négatives* » (JEAMMET, Philippe, 2004, P.81.)²⁵³. Historiquement, la notion d'addiction a été utilisée pour désigner la toxicomanie puis l'alcoolisme cependant, P. JEAMMET et d'autres spécialistes prétendent que ce concept peut s'étendre à d'autres comportements dont l'anorexie. En effet, l'anorexique est dépendante de son comportement « *parce qu'il la protège de sa peur de devenir boulimique* » et « *parce qu'il lui apparaît indispensable à son équilibre psychique* » (JEAMMET, Philippe, 2004, P.83.)²⁵⁴. Le comportement anorexique est comme une drogue pour la jeune fille : il la rassure et lui apporte un sentiment de bien-être.

La notion d'addiction est aussi pertinente pour expliquer pourquoi l'anorexique parvient à jeûner si longtemps. D. RIGAUD (2003. P.116)²⁵⁵ insiste sur la « *puissance illusoire du jeûne* ». Il explique que c'est un simple phénomène organique qui donne l'impression à l'anorexique d'être puissante alors même qu'elle ne mange pas. « *Le fait d'être à jeun la stimule, la dope* » (RIGAUD, D, 2003. P.116)²⁵⁶ car elle libère des hormones « *dans le sang vers les muscles pour lui faire oublier sa faim* » (RIGAUD, D, 2003. P.116)²⁵⁷. Ce médecin explique que l'anorexique ne fait taire la sensation de faim qui la taraude qu'en s'épuisant physiquement. Il utilise la métaphore du piège pour décrire ce processus : en s'activant, la malade ne ressent pas la fatigue « *dopée par les hormones qui lui donnent la sensation d'être pleine d'énergie* » cependant, cette énergie n'est qu'illusoire. Les anorexiques n'en sont pas conscientes et disent

²⁵² RIGAUD, DANIEL, idem, P.133.

²⁵³ JEAMMET, Philippe, 2004, *Anorexie et Boulimie, Les Paradoxes de l'Adolescence*, Paris, Editions Hachette Littératures, P.81.

²⁵⁴ Idem. P.83.

²⁵⁵ RIGAUD, DANIEL, idem, P.116.

²⁵⁶ RIGAUD, DANIEL, idem, P.116.

²⁵⁷ RIGAUD, DANIEL, idem, P.116.

éprouver un sentiment de légèreté et d'hyper puissance au cours de la maladie, des sensations qui les incitent à maintenir leur engagement. Il faut préciser que cette hyperactivité ne peut durer éternellement et vient un moment où c'est la fatigue qui l'emporte.

Pour conclure sur les complications engendrées par la maladie, nous reprendrons les propos de D. RIGAUD qui souligne que « *l'anorexique paie [...] cher et durablement le défi lancé à son corps et à son esprit* » (RIGAUD, D, 2003. P.117)²⁵⁸.

b. L'impact sur la famille

L'anorexie d'une adolescente perturbe tout le fonctionnement familial, une réalité que R. GORDON résume assez bien avec cette phrase : « *il n'existe probablement aucun symptôme plus capable de rendre fous les membres d'une famille que la détermination d'un enfant à se priver de nourriture* » (GORDON cité par RIGAUD, DANIEL, p. 120.)²⁵⁹. Au début, les parents sont désemparés face à la maladie de leur fille qu'ils mettent souvent du temps à déceler. Ensuite, l'incompréhension laisse place à la colère : ils ne comprennent pas pourquoi leur fille se détruit ainsi et éprouvent un sentiment de gâchis. Rappelons que C. LASRGUE décrivait déjà au XIX^{ème} siècle les difficultés auxquelles sont confrontés les parents vivant avec une anorexique, une preuve là encore de la pertinence de ses propos. Finalement, c'est surtout un sentiment de culpabilité qui envahit les parents et suscitent de nombreuses interrogations : quelle erreur ont-ils pu commettre ? Pourquoi n'ont-ils rien vu ? Les spécialistes insistent aujourd'hui sur l'importance des thérapies familiales et des réunions de parents afin de les aider à surmonter leur culpabilité. Si l'anorexique est bel et bien la première victime de la maladie, les parents souffrent également beaucoup et sont incontestablement eux aussi victime de l'anorexie.

M. DARMON en analysant cette pathologie qu'est l'anorexie a voulu décomposer « *ces pratiques, des étapes d'un phénomène trop souvent réduit à une nature préexistante, en mettant en lumière les interactions, les institutions, les normes et les dispositions qui structurent une expérience extrême* » (DARMON, M, 2003, p. 18.)²⁶⁰. En effet, le modèle d'analyse qu'elle a utilisé nous a permis d'insister sur des points souvent méconnus ou occultés des pratiques anorexiques. L'anorexique ne se contente pas de restreindre son alimentation mais se forge des habitudes qu'elle incorpore et qui contribuent à la faire glisser lentement vers la maladie.

²⁵⁸ RIGAUD, DANIEL, idem, P.117.

²⁵⁹ GORDON in RIGAUD, DANIEL, idem, P.120.

²⁶⁰ DARMON, Muriel, 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, coll.' Textes à l'appui/Laboratoire de sciences sociales', p. 18.

Progressivement son comportement est étiqueté comme déviant et elle doit faire face à des oppositions qui la conduisent à dissimuler. Elle devient victime de sa maladie, une pathologie psychologique qui entraîne de graves conséquences somatiques, lesquelles agissent sur son état psychique ce qui contribue à entretenir le trouble.

c. Conséquences au niveau sexuel

Depuis longtemps, un lien est supposé entre la sexualité et les troubles alimentaires. Dans plusieurs cultures et ce, à différents moments dans l'histoire, les corps minces étaient idéalisés en tentative de restreindre le désir sexuel des femmes. Il n'est pas surprenant alors que depuis les toutes premières identifications des troubles alimentaires, les difficultés avec la sexualité aient été soupçonnées comme des facteurs à l'origine de ces maladies (WIEDERMAN, 1996)²⁶¹. Même les récits sociobiologiques contemporains d'anorexie sont basés sur l'idée que le désordre peut être une adaptation qui permet aux femmes de supprimer la reproduction dans certaines circonstances. Par exemple, la femme ne veut pas devenir enceinte, donc elle s'arrange pour maigrir au point de pas pouvoir l'être, consciemment ou inconsciemment (CONDIT, 1990)²⁶². Bien entendu, les récits cliniques de troubles alimentaires ont longtemps été basés sur la théorie psychanalytique, pour qui l'ambivalence face à la sexualité d'un individu qui présentait également un trouble alimentaire était attribué en grande partie à des difficultés liées au stade oral.

Il faut garder en tête que médicalement parlant, un intérêt moindre pour la sexualité peut-être le résultat de l'anorexie, du jeûne ou de la dépression (MERCK MANUAL, 1999)²⁶³. Malgré tout, il est encore difficile aujourd'hui de savoir avec exactitude si les problèmes sexuels jouent un rôle dans l'étiologie ou s'ils sont des effets secondaires chez les individus atteints d'un tel trouble.

WIEDERMAN (1996, P. 301)²⁶⁴ mentionne ce qui suit :

« Out of a psychoanalytic history, practicing clinicians have long assumed that conflicts with sexuality were at the root of eating disorders and some clinicians continue to assume so. For

²⁶¹ WIEDERMAN, M.W. 1996. Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 301-311

²⁶² CONDIT, V.K. 1990. «Anorexia Nervosa: Levels of causation». *Human Nature*, vol. 1, no 4, p. 391-413.

²⁶³ The MERCK MANUAL of Diagnosis and Therapy. 1999, 17TH Edition, Centennial Edition, Published by Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, Rahway, New Jersey, 2833 pages.

²⁶⁴ WIEDERMAN, M.W. 1996. Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 301.

some writers the belief that problems in psychosexual development led to eating disorders was fueled by observations that disordered eating was often precipitated by menarche and the initiation of breast development, that individuals with eating disorders often had difficulty negotiating heterosexual relationships and ultimately appeared to avoid or reject the inevitability of becoming sexually mature. »

D'autres auteurs partagent cette hypothèse de l'apparition de l'anorexie comme manifestations d'un refus de la sexualité adulte, hypothèse qui serait généralement acceptée dans le milieu thérapeutique (DALLY et GOMEZ, 1979 dans WIEDERMAN, 1996)²⁶⁵. On retrouve régulièrement chez les personnes anorexiques de la naïveté en ce qui concerne la sexualité et une attitude de dégoût envers celle-ci (VAN VRECKEM et VANDERYCKEN, 1994)²⁶⁶.

TOLMAN et DEBOLD (1994 p. 310)²⁶⁷ expliquent ici ce refus de la sexualité par la jeune anorexique :

« It is generally accepted that young anorexic females have difficulty transitioning from being girls to becoming young women. If the young woman is unable to accept her changing body and gain confidence through feeling attractive, acceptable, and womanly, then it is likely that she will experience self-doubt and self-depreciation. Rejection of self may be expressed through anorexic symptoms which do not permit the young woman to engage in any form of self-pleasuring (e.g., masturbation). The anorexic's response to female sexual appetite may be a corresponding somatic feeling of revulsion- 'it makes me sick'-a protestation of purity through which it is impossible to feel desire. »

Existe aussi l'hypothèse selon laquelle le développement d'un corps plus attirant sexuellement et le fait de devenir femme puissent être associés avec la perte du lien émotif avec le père (MAINE, 1991 dans WIEDERMAN et al, 1995)²⁶⁸. Au lieu d'intégrer le développement

²⁶⁵ DALLY, P., et J. GOMEZ. 1979 *Anorexia nervosa.*, London: William Heinemann Medical books, dans M.W. WIEDERMAN, Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 1996, p. 301-311.

²⁶⁶ VAN VRECKEM, E.V., et W. VANDERYCKEN. 1994. A sexual education programme for women with eating disorders. Dans B. DOLAN et I. GITZINGE (Eds), *Why women? Gender issues and eating disorders*, p. 110-116. London: Athlone.

²⁶⁷ TOLMAN, D.L., et E. DEBOLD. 1994. *Conflicts of body and image: Female adolescents, desire, and the no-body body.* Dans P. FALLON, M. KATZMAN, et S. WOOLEY (Eds), *Feminist perspectives on eating disorders* p. 301-317, New York: Guilford Press.

²⁶⁸ MAINE, M. 1991. *Father hunger: Fathers, daughters, and food.* Carlsbad, CA: GURZE dans M.W. WIEDERMAN, T. PRYOR, et C.D. MORGAN. 1996. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 19, no 2, p. 109- 118.

de leur maturation sexuelle dans la relation avec le père, et avec les hommes en général, les femmes anorexiques se sentent plus en sécurité en niant leur appétit sexuel et en s'abstenant de toute activité sexuelle. Elles peuvent avoir l'impression que le seul moyen de faire face aux changements est de rejeter leur corps et leur sexualité en développement, en se faisant maigrir au point que leurs caractéristiques sexuelles primaires et secondaires ne puissent apparaître.

Il appert que certaines jeunes femmes atteintes d'anorexie n'ont pas nécessairement une vision plus négative de la sexualité en général. Par contre, elles ont une appréhension à propos de l'expression de leur sexualité, de leurs intérêts et attirance sexuelle face aux autres (BUVAT-HERBAUT et al. 1983)²⁶⁹. La sexualité des autres est bien tolérée, c'est la leur propre qui les effraie. La perception qu'elles ont d'être relativement peu attirantes sexuellement est peut-être réaliste, étant donné leur degré d'amaigrissement et leur faible libido, conséquences caractéristiques qui accompagnent l'anorexie.

HAIMES et KATZ (1988)²⁷⁰ ont observé que les femmes souffrant d'anorexie étaient moins susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles que les femmes souffrant de boulimie et qu'elles étaient plus âgées lors de leur première relation amoureuse avec une autre personne ainsi que lors de leur première expérience du coït.

Les troubles alimentaires et la sexualité semblent reliés d'une manière intéressante. Cette relation peut se faire par l'intermédiaire de variables qui coexistent régulièrement avec l'anorexie (ZERBE, 1992)²⁷¹, par exemple, certains traits de personnalité, caractéristiques de la famille d'origine, une image négative de son corps et parfois, une histoire d'abus sexuel. En ce qui concerne les traits de personnalité, comme il a déjà été mentionné, on remarque que les femmes atteintes d'anorexie ont montré un degré élevé de compulsivité, de rigidité, de perfectionnisme et parfois une grande timidité. Bien entendu, ces traits de personnalités peuvent être augmentés durant la période de jeûne mais pour les femmes souffrant d'anorexie, ces traits étaient évidents durant l'enfance (avant le début du trouble alimentaire) et persistent après la guérison (ZERBE, 1992)²⁷². Évidemment, il est possible de rencontrer d'autres traits et même des troubles de personnalité chez ces femmes.

²⁶⁹ Idem.

²⁷⁰ HAIMES, A.L., et J.L. KATZ. 1988. *Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic, and borderline women. International Journal of Eating Disorders*, 7, p. 331-341.

²⁷¹ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG. *Journal of sex and marital therapy*, 18, p. 55-64

²⁷² Idem.

Bon nombre de femmes ayant des troubles alimentaires ont vécu un abus sexuel ou encore des expériences sexuelles non-désirées (ZERBE, 1992)²⁷³. L'aspect de l'abus sexuel n'est pas clair, parce qu'on ne sait pas si l'abus est plus élevé parmi les femmes souffrant d'anorexie que dans la population de femmes en général et cela reste controversé. La littérature montre cependant que les femmes ayant connu des expériences sexuelles traumatisantes ou encore des expériences sexuelles désagréables connaissent un taux plus élevé de dysfonctions sexuelles variées (ROTHSCHILD et al. 1991 ; PATTON, 1992 ; SIMPSON et RAMBURG, 1992)²⁷⁴. Le rôle de l'abus sexuel dans l'étiologie des troubles alimentaires n'est considéré que depuis peu par les chercheurs. Pour certaines femmes atteintes d'anorexie, des antécédents d'événements sexuels traumatisants pourraient avoir influencé l'étiologie de leur trouble alimentaire, en plus de jouer un rôle crucial dans leur évitement sexuel et leurs dysfonctions sexuelles (ROTHSCHILD et al, 1991)²⁷⁵.

RACITI et HENDRICK (1992)²⁷⁶ se sont intéressés à la relation entre les caractéristiques des troubles alimentaires et les attitudes face à l'amour et la sexualité. Même si les corrélations trouvées étaient modestes, les attitudes des personnes souffrant d'anorexie face à l'amour étaient des attitudes de possessivité et de dépendance. Ils ont retrouvé peu de relations amoureuses basées sur la passion ou l'amitié. L'approche des femmes anorexiques face à l'amour est davantage sous forme de jeu. Cette étude est intéressante mais cependant non exhaustive et les auteurs font remarquer qu'il y a eu peu d'exploration au sujet des relations entre les différents aspects de l'amour et de la sexualité et la consommation de nourriture et le poids.

Pour comprendre le lien qui existe entre les troubles de l'alimentation et les troubles dans les relations intimes, RACITI et HENDRICK (1992. P. 562)²⁷⁷ émettent quelques hypothèses :

²⁷³Idem.

²⁷⁴ROTHSCHILD, B.S et al. 1991. Sexual functioning of female eating-disordered patients. *International journal of eating disorders*, vol. 10, no 4, p. 389-394- SIMPSON, W.S., et J.A. RAMBURG. 1992. «Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, p. 44-54.

²⁷⁵ ROTHSCHILD, B.S et al. 1991. Sexual functioning of female eating-disordered patients. *International journal of eating disorders*, vol. 10, no 4, p. 389-394

²⁷⁶ RACITI, M., et S.S. HENDRICK. 1992. Relationships between eating disorder characteristics and love and sex attitudes. *Sex Roles*, 27, p. 553-564.

²⁷⁷ RACITI, M., et S.S. HENDRICK. 1992. Relationships between eating disorder characteristics and love and sex attitudes. *Sex Roles*, 27, p. 552.

« Although intrapsychic explanations have been among the most popular ones, sociocultural explanations are at least as plausible as dynamic (e.g., women's fears of intimacy, women's dependency needs) or sociobiological (e.g., women's attempts to attract a mate) ones. The issue of physical attractiveness is extremely important for women in our society and research has indicated that weight and body shape are central factors in women's evaluations of their own physical attractiveness. It is small wonder, then, that whether we like or dislike our physical proportions has implications that can spill over into other aspects of our lives, such as our intimate relationships. [...] Thus concerns about one's weight and body image may be as much interpersonal concerns as they are intrapersonal ones.»

ZERBE (1992)²⁷⁸ mentionne que les femmes anorexiques en couple veulent inconsciemment avoir le contrôle total sur le partenaire. Ce désir de contrôle peut être généralisé dans les moindres détails de la vie quotidienne en général. De plus, elles essaient de contrôler le partenaire par leur dégoût pour la sexualité et leurs dysfonctions sexuelles et agacent sexuellement le conjoint avec un pseudo-intérêt pour la sexualité durant la thérapie. D'une manière comme de l'autre, elles contrôlent.

De SILVA (1993)²⁷⁹ nous rappelle que pour clarifier la relation qui existe entre la sexualité et les troubles alimentaires, il est important de considérer le fonctionnement sexuel de femmes ayant été traitées pour un désordre alimentaire. WIEDERMAN et al. (1995)²⁸⁰ ont comparé des femmes ayant souffert d'anorexie et des femmes ayant souffert de boulimie dans l'adolescence et les résultats de la recherche montrent que les deux groupes étaient comparables en ce qui a trait à la satisfaction sexuelle, à la fréquence des relations sexuelles, à l'orgasme durant la relation avec pénétration, à l'orgasme par les caresses du partenaire ainsi qu'aux émotions négatives durant les relations sexuelles. Enfin, ils ont rapporté un taux élevé de dysfonctions sexuelles variées dans les deux groupes de femmes.

De SILVA (1993)²⁸¹ présente une liste des problèmes sexuels associés avec l'anorexie, élaborée par ANDERSEN (1985 dans De SILVA, 1993)²⁸². Cette liste comprend un intérêt

²⁷⁸ ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG. *Journal of sex and marital therapy*, 18, p. 55-64

²⁷⁹ De SILVA, P. 1993. *Sexual problems in women with eating disorders*, dans J.M. USSHER et C.D BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79- 109. New York: Routledge Press.

²⁸⁰ WIEDERMAN, M.W., et al. 1995. *Sexual functioning and attitudes of eatingdisordered women: A follow-up study*. *Journal of Sex and Marital therapy*, 21, p. 67-77.

²⁸¹ De SILVA, P. 1993. *Sexual problems in women with eating disorders*, dans J.M. USSHER et C.D BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79- 109. New York: Routledge Press.

²⁸² ANDERSEN, A.E. 1985. Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia, London: Edward Arnold In De SILVA, P. (1993). *Sexual problems in women with eating disorders*, dans J.M. USSHER

sexuel diminué, la dyspareunie, l'infertilité, l'anorgasmie, la diminution de l'attirance sexuelle, l'aménorrhée après la perte de poids et une vie sexuelle appauvrie en général. Bien que cette liste soit utile et attire l'attention sur des difficultés pouvant être rencontrées chez des femmes anorexiques, on peut également rencontrer ces difficultés chez une population féminine générale. Il s'est questionné à savoir pourquoi une baisse de désir et d'autres difficultés sexuelles surviennent durant l'anorexie. Une partie de la question est un peu évidente. Les changements endocriniens marqués par l'arrêt des menstruations pourraient amener certaines difficultés, notamment le manque de lubrification vaginale et donc des douleurs à la pénétration. La femme très amaigrie n'est pas considérée comme très attirante par le partenaire dans plusieurs cas. Mais le problème de nutrition n'explique pas tout, l'humeur dépressive souvent associée avec l'anorexie a sa part, de même que des facteurs psychologiques comme des conflits et anxiétés liés au développement sexuel et à la féminité, qui contribuent à altérer le fonctionnement sexuel des personnes atteintes de trouble alimentaire.

Une image négative de son corps jouerait un rôle dans le fonctionnement sexuel des femmes qui souffrent de troubles alimentaires. Cependant, même si la relation entre l'image du corps et la sexualité semble évidente, peu de recherches ont été faites sur l'interrelation de ces deux domaines (ALLGERIER et ALLGERIER, 1995 dans WIEDERMAN, 1996)²⁸³. L'insatisfaction intense face à son corps ainsi que la distorsion de l'image corporelle sont des caractéristiques que l'on rencontre à coup sûr chez les personnes anorexiques. L'hypothèse est émise que pour certaines femmes atteintes de troubles alimentaires, l'insatisfaction face au corps amène l'évitement d'activités sexuelles, par gêne de montrer ce corps qu'elles n'aiment point (ZERBE, 1992)²⁸⁴. Les recherches effectuées auprès de femmes qui ont déjà été anorexiques ont révélé que les problèmes entourant l'image corporelle persistent souvent et que c'est le symptôme le plus tenace (WIEDERMAN et al. 1995)²⁸⁵. Il n'est probablement pas surprenant, selon eux, que des femmes ayant souffert d'anorexie continuent d'avoir des difficultés au niveau sexuel, même avec une guérison apparente de la maladie.

& C.D. BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79-109. New York: Routledge Press.

²⁸³ ALLGERIER, A.R., et E.R. ALLGERIER. 1995. *Sexual Interactions*, 4th Ed., Lexington, MA: D.C. Health, dans WIEDERMAN, M.W. (1996). Women, Sex, and Food: A review of research on eating disorders and sexuality, *The Journal of Sex Research*, 33(4), p. 301-311.

²⁸⁴ ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG. *Journal of sex and marital therapy*, 18, p. 55-64

²⁸⁵ WIEDERMAN, M.W., et al. 1995. *Sexual functioning and attitudes of eatingdisordered women: A follow-up study*. *Journal of Sex and Marital therapy*, 21, p. 67-77.

Il est intéressant de constater que suite à l'étude pour l'exploration de l'histoire psychosexuelle réalisée par ABRAHAM et BEUMONT (1981)²⁸⁶, les sujets, de jeunes femmes anorexiques, avaient été divisées en trois groupes différents :

Le groupe 1 : Elles nient la sexualité, sont rigides et elles évitent les sentiments et les activités sexuelles ;

Le groupe 2 : Elles sont ambivalentes face à la sexualité, elles ont eu un développement psychosexuel lent, elles sont axées sur la diète et l'exercice, gênées de leur corps, elles ont de la difficulté avec les relations qui impliquent de la maturité ;

Le groupe 3 : Elles sont passives sexuellement, elles ne répondent pas aux avances sexuelles, elles veulent être embrassées, étreintes, caressées, mais ne veulent pas avoir de rapports sexuels.

ROSEN (1996)²⁸⁷ rapporte que pour éviter de s'exprimer sexuellement, la femme atteinte d'anorexie peut se répéter des pensées semblables à celle-ci : « *Si tu t'exprimes sexuellement, tu seras punie car tu seras hors de contrôle, déchaînée, passionnée, active, agressive, excitable et stimulée, tu ne pourras plus te contrôler* ». Ces paroles répétées amènent la femme à se critiquer elle-même et à se priver du laisser-aller nécessaire à une vie sexuelle plus satisfaisante.

Les femmes souffrant ou ayant déjà souffert d'anorexie conservent certaines séquelles, pas seulement au niveau sexuel. Entre autres, en thérapie, elles savent toutes de quelle manière éviter l'introspection qui pourrait être douloureuse, comment boycotter le processus thérapeutique et surtout comment continuer leur comportement autodestructeur déjà bien établi (ZERBE, 1992²⁸⁸ ; TUITEN, 1993²⁸⁹ ; MARTZ, 1995²⁹⁰ ; SALZMAN, 1995²⁹¹).

²⁸⁶ BEUMONT, P.J.V., et S.F. ABRAHAM. 1981. *The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa. Psychological Medicine*, 11, p. 131-140.

²⁸⁷ ROSEN, J.C. 1996. *Body Image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, vol. 20, no 4, p. 331-343.

²⁸⁸ ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG. *Journal of sex and marital therapy*, 18, p. 55-64

²⁸⁹ TUITEN, A. et al. 1993. *The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 19, no 4, p. 259-275.

²⁹⁰ MARTZ, D.M. 1995. The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating disorders. *Psychology of Women Quarterly*, 19, p. 493-508.

²⁹¹ SALZMAN, J.P. 1995. *Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, 21, p. 251-259.

Même après leur traitement de l'anorexie, une proportion élevée de femmes continuent d'éviter toute sexualité et ont une certaine aversion face à celle-ci (STEINHAUSEN et SEIDEL, 1993)²⁹². Il reste que les ex-anorexiques ont de la difficulté à se percevoir comme une partenaire sexuelle et attirante, ce qui appuie le fait que les femmes ayant vécu des troubles alimentaires continuent d'avoir des difficultés sexuelles suite à leur thérapie (BEUMONT et al, 1981 ; STEINHAUSEN et SEIDEL, 1993 ; WIEDERMAN et al. 1995 ; WIEDERMAN, 1996)²⁹³.

Une multitude de difficultés sexuelles peuvent être rencontrées chez les femmes souffrant d'anorexie. Cependant, on retrouve régulièrement de l'aversion sexuelle chez les personnes atteintes (SIMPSON et RAMBURG, 1992)²⁹⁴. On retrouve aussi parfois des antécédents d'abus sexuel ou d'activités sexuelles non désirées. Les études concernant les difficultés sexuelles des femmes anorexiques manquent de données empiriques, mais avec le temps peut-être en saurons-nous plus. De toute manière, dans la littérature en général, les dysfonctions sexuelles semblent être considérées soit comme facteur causal ou encore comme un effet secondaire des troubles alimentaires.

De SILVA (1993. P.87)²⁹⁵ rapporte que les femmes anorexiques se présentent souvent chez le médecin pour un trouble d'infertilité, d'aménorrhée ainsi que pour des troubles de vaginisme et de frigidité. De plus, il ajoute :

« *Amenorrhoea, loss of vaginal secretions, and dyspareunia are commonly reported in anorexics [...] The loss of interest in sex is, however, not always secondary to this. Many authors have made the observation that many anorexic females dislike pubertal changes, and are disgusted by menstrual periods – and in some cases by their bodies.* »

²⁹² STEINHAUSEN, H.C., et R. SEIDEL. 1993. *Outcome in adolescent eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, 14, p. 487-496

²⁹³ BEUMONT, P.J.V., et S.F. ABRAHAM. 1981. *The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa. Psychological Medicine*, 11, p. 131-140.- STEINHAUSEN, H.C., et R. SEIDEL. 1993. *Outcome in adolescent eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, 14, p. 487-496. WIEDERMAN, M.W., et al. 1995. *Sexual functioning and attitudes of eatingdisordered women: A follow-up study. Journal of Sex and Marital therapy*, 21, p. 67-77.- WIEDERMAN, M.W. 1996. Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 301-311

²⁹⁴ SIMPSON, W.S., et J.A. RAMBURG. 1992. «Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, p. 44-54.

²⁹⁵ De SILVA, P. 1993. *Sexual problems in women with eating disorders*, dans J.M. USSHER et C.D BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79- 109. New York: Routledge Press.

L'avis de TUITEN et al. (1993)²⁹⁶ diffère un peu de celui autre et c'est la raison pour laquelle il est intéressant d'amener leur point de vue. Ils amènent que les dysfonctions au niveau psychosexuel sont souvent présentées comme des facteurs étiologiques de l'anorexie. Mais suite à leur étude, ils sont d'avis que les personnes atteintes d'anorexie étaient en général normales au niveau psychosexuel avant leur maladie. Les problèmes dans leur vie sexuelle surviennent seulement après l'émergence de l'hypogonadisme, conséquence de l'amaigrissement extrême. Pour eux, les dysfonctions au niveau psychosexuel ne peuvent être un facteur étiologique de l'anorexie. Il s'agirait de conséquences.

Dans l'étude menée par SIMPSON et RAMBURG (1992)²⁹⁷, les femmes ayant participé ont toutes indiqué que tôt dans leur vie sexuelle, elles avaient eu le désir et la capacité d'être excitées sexuellement, mais que l'aversion sexuelle est apparue en même temps que leur trouble alimentaire. De plus, ils ont remarqué une approche face à la sexualité similaire chez leurs sujets ; elles ignoraient certaines notions de base de la sexualité et elles considéraient la nudité, spécialement la leur, déconcertante voire même dégoûtante. SIMPSON et RAMBURG (1992)²⁹⁸ croient que leur aversion sexuelle pouvait être due, en partie, à leur ignorance en la matière. Les femmes étaient peu disposées, qu'importe leur situation conjugale, à participer pleinement dans une relation sexuelle, elles avaient de la difficulté à répondre aux avances sexuelles et étaient toutes anorgasmiques.

Les liens entre la sexualité et les troubles alimentaires sont loin d'arrêter de faire couler de l'encre. Toutes les informations que l'on possède ne sont pas exactes dans le sens que cela ne s'applique pas à toutes les femmes. Cependant, certaines généralisations peuvent être tirées de l'ensemble des données recueillies. Les femmes souffrant d'anorexie sont moins portées à s'engager dans des relations intimes et des relations sexuelles. On remarque également qu'elles ont beaucoup d'autocritique à propos de leur capacité de séduire, et ces femmes rapportent un niveau d'intérêt face aux activités sexuelles qui est assez bas. Les personnes ayant des troubles alimentaires montrent un taux plus élevé de dysfonctions sexuelles et un taux moins élevé de satisfaction sexuelle que les groupes contrôle. Pour plusieurs femmes, les difficultés sexuelles persistent même après le traitement et la guérison du trouble de l'alimentation. La recherche

²⁹⁶ TUITEN, A. et al. 1993. *The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 19, no 4, p. 259-275.

²⁹⁷ SIMPSON, W.S., et J.A. RAMBURG. 1992. «Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, p. 44-54.

²⁹⁸ Idem.

aurait besoin de davantage d'études spécifiques sur le traitement des difficultés sexuelles chez des femmes anorexiques.

C. DEUXIEME VOLET : L'ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE :

L'anorexie mentale est encore une maladie mystérieuse même si on s'accorde pour la qualifier de maladie psychique et somatique. En effet, et comme il a été déjà signalé dans la partie historique, le versant médical, à lui seul ne peut expliquer cette pathologie, en 1883 HUCHARD pensait qu'elle n'avait pour cause que l'aspect psychologique²⁹⁹. En 1960, BLISS et BRANCHE, enchainent dans le même ordre d'idée et expliquent que « *l'anorexie nerveuse est en relation avec une dénutrition due au jeûne ; maladie dans laquelle la restriction calorique est entièrement psychologique et non liée directement à un état économique ou à la qualité de la nourriture* » (citer par RANTY.Y. 1994. P.138)³⁰⁰. Cependant on va essayer dans ce volet psychologique de donner une ample interprétation des soubassements psychiques pouvant expliquer ce trouble.

I – Facteurs déclencheurs :

Malgré toutes les théories lancées en cours de route et l'impossibilité de trouver une réponse ou une cause exacte, les recherches sur l'anorexie se poursuivent, car il n'y a pas de signes d'appel permettant un dépistage précoce d'un trouble des conduites alimentaires avant un trouble avéré ; et les facteurs de risque existants sont parfois confondus avec des signes d'appel. A ce jour, il est possible d'identifier certaines caractéristiques cumulatives et interactives entre elles, communes entre les cas, expliquant ainsi une prédisposition à la maladie.

Cependant, « *Faut-il chercher [la] genèse [des troubles alimentaire] dans l'histoire individuelle, dans leur dimension familiale, ou faut-il y voir le reflet d'une société en changements ?* »³⁰¹. Cette question que posé par A.GUILLEMOT et M. LAXENAIRE est celle qui, aujourd'hui encore, préoccupe beaucoup de spécialistes confrontés à « *L'énigme des facteurs étiopathogéniques de ce trouble du comportement largement pluri-déterminé* » (ALVIN, P, 2001, p.01.)³⁰². Ainsi, GARNER et GARFINKEL (citer par

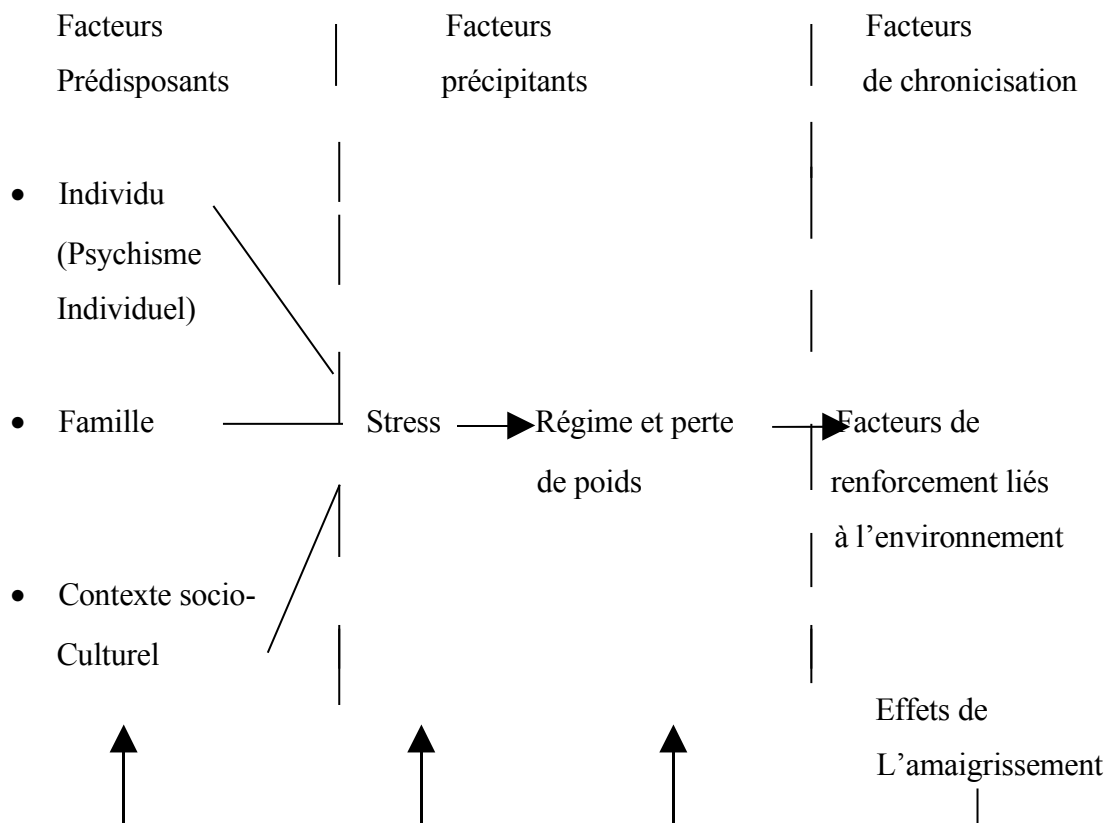
²⁹⁹ LA REVUE DU PRATICIEN.1982. Tome 3. P258.

³⁰⁰ RANTY. YVES. 1994. *Les Somatisations*. Ed. L'HARMATTON. P.138.

³⁰¹ GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie », 1997, p.11

³⁰² ALVIN, Patrick, 2001, *Anorexies et Boulimies à L'adolescence*, Paris, DOIN Editeurs, «collection conduites», p.01.

A.GUILLEMOT et M. LAXENAIRE, 1997, p, 123)³⁰³ expliquent, « si l'on considère l'anorexie mentale comme un trouble pluri-déterminé, on peut évoquer à son origine des facteurs prédisposant tels que le psychisme individuel, la famille, le contexte socioculturel, des facteurs précipitants tels que le stress, le régime et la perte de poids, et des facteurs de chronicisation liés à l'environnement. Tel que montre le schéma ci-dessous (D'après GARNER et GARFINKEL, Cultural Expectations of Thinness in women. Psychological Repports, 47,1980, 483-491.citer par GUILLEMOT, et LAXENAIRE, 1997, p.123.)³⁰⁴.



L'anorexie mentale comme trouble pluridéterminé

(D'après GARNER et GARFINKEL, Cultural Expectations of Thinness in women. Psychological Repports, 47, 1980, 483-491.)

La question d'éventuels facteurs déclencheurs de l'anorexie mentale est pourtant essentielle afin de proposer un traitement adapté et mettre en place un système de prévention.

1. Facteurs individuels :

1. a. Prédominance féminine :

³⁰³GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie », , p.123.

³⁰⁴GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie », , p.123.

La prédominance féminine s'explique, en dehors du contexte génétiques, par le rôle fondamental, des ces affections, des transformations pubertaires tant physiques que psychologiques à cet âge, et le fait que la « problématique narcissique » (c'est-à-dire l'affirmation de soi, de son identité), centrale dans les troubles des conduites alimentaires, se joue chez la femme au niveau de l'apparence, expliquant ainsi l'utilisation défensive du corps. Cette situation entraîne souvent :

- une faible estime de soi ;
- une mauvaise image de soi ;
- une attention accrue sur le corps ou sur certaines parties du corps ;

Chez les garçons, cette problématique narcissique peut se jouer au niveau de l'affirmation virile (BRUSSET, 1990).³⁰⁵Cette dimension psychopathologique concourt également à expliquer la prévalence féminine d'autres affections psychiatriques (hystérie, phobie, tentatives de suicide...) ou celle masculine de la délinquance ou de suicides avérés. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'apparition d'un modèle social androgyne qui se concrétise, chez les garçons affectés. Par une plus grande féminité, un investissement plus important dans l'apparence corporelle, un choix d'orientation professionnelle singulier (danseur, mannequin) et par une plus grande incidence de l'homosexualité avérée à l'âge adulte.

1. b. Impact de la puberté :

La phase la plus précoce de l'adolescence, marquée par les transformations psychiques et corporelles de la puberté, apparaît primordiale dans la problématique des troubles de conduites alimentaires. Le traumatisme essentiel demeure la puberté et le processus de l'adolescence lui-même ; Rôle des changements physiologiques de la puberté, pression psychosociale, possibilité de réalisation sexuelle concrète, conflits d'identification, sexualisation des liens et des activités, cet effet traumatique potentiel de la puberté peut se moduler très différemment selon les événements et l'action de l'entourage.

Le refus pathologique des transformations du schéma corporel, tel qu'il est figuré dans l'anorexie et la boulimie, aura des conséquences progressives sur la nature des relations qu'entretient la patiente avec les adultes, ses paires et elle-même.

³⁰⁵ BRUSSET, 1990. In, *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 733.

Ainsi, les futures anorexiques vivent plus difficilement que les autres ce moment clé de leur maturation physique et psychique que constitue la période pubertaire. Leur trouble se traduit peu par des perturbations bruyantes du comportement. Mais il est déjà focalisé sur l'image du corps et de l'image de soi, intimement liées à cet âge, et sur des difficultés relationnelles tant avec la mère qu'avec le groupe social.

1.c. Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance :

Plusieurs auteurs e sont penchés sur les liens pouvant exister entre un traumatisme sexuel ayant été vécu durant l'enfance ou la prime adolescence et le risque de développer un problème de conduite alimentaire (BAILY et GIBBONS, 1989 ; CALAM et SLADE, 1989 ; BECKMAN et L.BURNS, 1990 ; KINZL et coll. ; 1994)³⁰⁶. Il semble qu'environ un tiers de personnes traitées pour ce type de problème ont été victimes d'abus sexuels dans leur enfance. Les expériences de sévices sexuels ont une influence directe sur le développement de la personnalité et, notamment, de l'estime de soi. Bien évidemment, toutes les personnes ayant vécu un abus sexuel ne développent pas une anorexie nerveuse, mais il semble que dans quelques cas, la maladie soit perçue comme une réponse créative du corps aux stressors psychologiques endurés. La souffrance infligée à un enfant lorsqu'il est abusé sexuellement est difficilement quantifiable.les conséquences sont malheureusement nombreuses et peuvent mener à l'autodestruction. L'anorexie mentale est une manifestation plutôt insidieuse puisque, la plupart du temps, l'entourage en prend connaissance du problème uniquement lorsqu'il est installé et que la jeune a le sentiment de bien contrôler son corps ainsi que les événements³⁰⁷.

Les brimades, les violences physiques et sexuelles sont des causes courantes de l'addiction qui recouvre la disposition psychique à s'asservir aux toxiques, quel que soit celui en question (nourriture, alcool, sexe, drogue) (P.BOURCILLIER. 2007)³⁰⁸.

Au début et face à cette violence, l'enfant répond par des piques de crises, mais en suite, la colère se retire, et la violence affective cessera, elle est las remplacée par l'anorexie ; qui serait donc, une stratégie de survie permettant de percevoir le moins possible l'évènement advenu, de tout oublier, pour mieux se fondre dans l'instant. Pour ces femmes, survivre psychologiquement signifie « *ne pas devenir folle de honte et de douleur* » (P.BOURCILLIER. 2007. P.71.)³⁰⁹.

³⁰⁶ *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 736.

³⁰⁷ Idem. p, 737.

³⁰⁸ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P71.

³⁰⁹ Idem, P. 194.

Enfin, bien que l'abus sexuel ne semble pas un facteur de risque spécifique pour le développement des troubles des conduites alimentaires, les résultats des recherches démontrent clairement un lien important entre l'abus sexuel et le développement de séquelles psychiatriques incluant les troubles des conduites alimentaires.

1.d. Dimension dépressive et vulnérabilité narcissique :

Quatre études longitudinales sur sept se rejoignent dans leurs conclusions : une baisse de l'estime de soi est prédictive d'un trouble du comportement alimentaire (YAGER et coll., 1987)³¹⁰. Pour LEON et coll.³¹¹, les facteurs prédictifs les plus forts sont l'insatisfaction quant à l'image corporelle, une forte émotionnalité avec des affects négatifs, et un défaut de capacité intéroceptive.

Concernant la comorbidité troubles des conduites alimentaires/ dépression, CORCOS et coll. (1995)³¹² constatent qu'au vu de la littérature récente, la prévalence excède de beaucoup celle retrouvée en population générale. Selon les études, elle se situe entre 11% et 66% au moment du diagnostic de trouble des conduites alimentaires en ce qui concerne les épisodes dépressifs majeurs.

Les rapports entre anorexie et dépression font l'objet de deux hypothèses. Pour certains comme HUDSON et coll. (1983)³¹³, l'anorexie serait une forme de trouble thymique. D'autres, comme STROBER et KATZ (1987)³¹⁴ soulignent que la précession de l'état dépressif par rapport à l'anorexie est loin d'être prouvée et que la plupart des symptômes dépressifs des patients sont probablement secondaires aux troubles des conduites alimentaires eux-mêmes plutôt que dus à un épisode de type primaire.

La dépression est souvent associée à l'anorexie, sans être pour autant prédictive ; de fait ; elle est souvent confondue avec une baisse de l'estime de soi. JEAMMET et coll. (2000) confirme : « la forte prévalence de trois types de troubles distincts associés au trouble des conduites alimentaires :

A. Les troubles de l'humeur ;

³¹⁰ YAGER et coll., 1987 in *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 738.

³¹¹ Idem, P.738.

³¹² CORCOS, M. ATGER, F. FLAMMENT, M. JEAMMET, PH. *Boulimie et Dépression*. Revue Neuropsychiatrie Enfant et Adolescent, 1995, 43 : 391-400

³¹³ HUDSON et coll. 1983 in *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 738.

³¹⁴ Idem, P.738.

- B. Les troubles anxieux ;
- C. Les troubles de l'anxiété de séparation.

Ces deux troubles anxieux ont une forte parenté avec une dépressivité et sont d'ailleurs justifiables d'un traitement antidépresseur »³¹⁵.

1.e. Trouble de la personnalité :

Une étude remarquable sur le plan méthodologique de HERZOG et coll., (1991)³¹⁶, a tenté de mettre en exergue des facteurs de risque spécifiques. Les facteurs qui différencient les anorexiques des autres troubles psychiatriques sont une autoévaluation très abaissée et un perfectionnisme élevé. Contrairement à la boulimie ; où on constate une plus grande vulnérabilité aux influences familiales ou sociales valorisant les régimes et la minceur, dans l'anorexie on observe une plus grande fréquence de remarques négatives de l'entourage sur leurs apparences physique, ainsi, que plus d'obésité dans leurs enfance et les parents. Enfin les règles surviennent un peu plus précocement.

2. Fonctionnement familial, interrelations précoces :

La dynamique familiale est très fortement impliquée, mais on ne sait pas si c'est au niveau des facteurs primaires ou secondaires. Ce qui est sûr, c'est la manière dont l'entourage réagit à un trouble du comportement qui a une très grande importance pour l'adolescent toujours très sensible aux attitudes des autres. Il est certains que la dynamique familiale intervient, mêmes quand il s'agit de différences entre les familles. Les familles d'anorexiques ont des problèmes d'anxiété, de maîtrise, les références à l'idéal y ajoutent un rôle beaucoup plus contraignant,

2.a. Problématique de l'attachement :

Depuis les travaux de BOWLBY (1982), puis de MAIN (1996) et de FONAGY (1996)³¹⁷, se développent des études mettant en évidence l'importance de la qualité de l'attachement pour le développement de l'enfant et la formation de la personnalité. De même,

³¹⁵ JEAMMET et coll., 2000. In *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 739.

³¹⁶ Idem, P, 743. CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150576.

³¹⁷ In *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 740.

d'autres s'intéressent à la fréquence des troubles de l'attachement dans la pathologie psychiatrique.

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires SHRPE et coll. (1998)³¹⁸, soulignent qu'un attachement *insecure*, caractérisé par une mésestime personnelle et un sentiment de rejet par les autres, favorise l'identification à des modèles sociaux standards en particulier concernant l'alimentation et l'image de corps. Ce type d'attachement accentue également le développement de préoccupations pondérales et corporelles. Mais cette étude ne met pas en évidence de différences significative concernant la perception de l'image de corps.

CANDELOTI et CIOCCA (1998)³¹⁹ ont étudié les résultats de l'AAI (*adult attachment interview* de GEORGE et coll., 1996)³²⁰ - outil le plus fiable d'évaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte- chez 36 patients adolescents âgés de 17 ans, hospitalisés pour des troubles des conduites alimentaires. Ces patients se répartissent en trois groupes :

- 12 ANR - anorexie nerveuse restrictive- ;
- 12 BN - boulimie nerveuse- ;
- 12 ANBP - anorexie boulimique-.

Les ANR sont sous-représentés dans la catégorie « non-résolu » et les BN dans la catégorie « préoccupé ». Les ANBP sont plus souvent dans le groupe préoccupé. Les auteurs concluent à l'individualisation des anorexies restrictives pures en termes d'attachement. Ce que les études génétiques avançaient également.

2.b. Facteurs socioculturels :

Affrontés aux nouvelles responsabilités morales, économiques et sociales qui caractérisent notre temps, de quels outils de pensée et d'action disposons-nous ? Qu'allons-nous devoir inventer ? Considérons d'abord que la complexité du problème se manifeste par des souffrances individuelles et collectives. Le corps souffre aujourd'hui. De multiples symptômes en témoignent. Le corps est le miroir des ambiguïtés de la société et il invente des expressions de la crise qui affecte notre culture. On demande à la métaphore de dire ce que nous n'arrivons pas à dire de nos difficultés et de désigner la voie de la vérité que nous voulons atteindre. Le corps est un « bon objet » pour cela. Mais, ne se laissant pas si aisément faire, il nous renvoie à notre responsabilité en protestant du rôle que l'on veut lui faire jouer. En le chargeant ainsi, nous lui faisons endosser un poids qu'il ne peut porter seul. Le corps est une très bonne

³¹⁸ Idem, P, 742.

³¹⁹ Idem, P, 742.

³²⁰ Idem, P, 742.

métaphore pour temps de crise symbolique. Dans ce contexte, il faut comprendre l'anorexie mentale comme une maladie symbolique d'un conflit culturel ou même d'une protestation sociale. Dans ce contexte socioculturel, il faut comprendre l'anorexie comme une maladie symbolique d'un conflit culturel ou même d'une protestation sociale.

L'effet de miroir joue d'autant plus que les images se sont démultipliées, constituant un véhicule majeur des représentations de nous-mêmes, de la société et des relations qui l'habitent. Jeu narcissique. Ce qui induit de manière de plus en plus précoce à des préoccupations concernant l'alimentation, le corps et la minceur. En effet nous rencontrons de plus en plus de jeunes et de moins jeunes fascinés par leur corps dans les miroirs multiples des images sociales. Images auxquelles il faut correspondre, dans lesquelles il faut se fondre comme si elles pouvaient assumer à notre place les possibilités et les limites de notre identité corporelle, sexuelle, affective et sociale. Et l'on se réveille à un moment ou à un autre très angoissé lorsqu'il s'agit d'endosser sa propre réalité et de sortir de l'illusion de croire que l'on peut vivre par procuration. D'ailleurs H. BRUCH l'écrivait déjà en 1973 dans son livre *Les Yeux et Le Ventre, l'obèse, l'anorexique* « une personne jeune dont la structure du corps ne se conforme pas à l'image acceptée par la société, que ce soit en raison de sa constitution ou pour des raisons accidentelles, se trouve confronter à une pression énorme et un critique constante »³²¹. Ainsi, la confrontation au corps peut-elle être terrorisante quand, paradoxalement, les discours dominants se fondent sur une thématique de la sérénité, de l'harmonie, de la séduction. En son mauvais sens, séducteur, la séduction nous impose ce que nous devons être, elle nous «chosifie» en nous sommant de nous ingérer dans une norme : ce que « doit » être un comportement vestimentaire, sexuel, langagier, relationnel, médical... Si nous n'y arrivons pas, « et l'on n'y parvient jamais » (LOISELLE. A. 2003. p. 56.)³²² puisque l'image est aussi manipulée pour être inaccessible afin d'être vraiment fascinante, nous n'avons plus qu'à disparaître, le corps devient alors surface de projection.

A travers la mise en ordre et en sens de soi, par la médiation du corps, l'individu agit symboliquement sur le monde qui l'entoure. L'agencement de signes corporels marque une identité sociale, dans la recherche d'une unité en tant que sujet.

La pression sociale véhiculée par les discours sociaux ambiants ; exercée sur les femmes autour de l'image du corps et du poids n'a pas été sans générer un idéal de minceur

³²¹ BRUCH. H. 1978. *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*, Paris : Payot, 444 p320.

³²²LOISELLE. A. 2003. *Les affamées ; regard sur l'anorexie*. Les éditions de l'homme. p. 56.

chez les femmes vulnérables, auprès desquelles la problématique narcissique se joue plus volontiers au niveau de l'apparence, avec une utilisation défensive du corps (M. CORCOS, 2000)³²³. En d'autres termes et selon GUILLEMOT et LAXENAIRE « l'obligation socioculturelle »³²⁴ à un idéal de minceur n'entraîne pas directement l'apparition d'une anorexie, mais elle peut favoriser le recours à ce type de comportement chez des adolescentes dont la psychologie individuelle joue un rôle prédisposant :

« C'est dans le balancement entre une structure de personnalité qui « prépare » et une offre sociale qui « déclenche » que se situe le trouble du comportement alimentaire. Le facteur environnement nous paraît avoir été trop négligé et c'est pourquoi nous y insistons. Nous vivons dans un monde surmédiatisé et personne n'échappe aux impératifs du milieu, surtout les femmes qui pensent retrouver par une obéissance active à des injonctions autoritaires venant de personnes supposées « compétentes » les grandes lois de la séduction. Nul étonnement alors à ce que certaines, de plus en plus nombreuses, dérapent et versent dans les excès mortifères de l'anorexie ou de la boulimie. » (GUILLEMOT, A et LAXENAIRE, M, 1997, p.64)³²⁵.

Cependant cette pression sociale contribue au surplus au développement de pratiques corporelles abusives (activité physique intense), et le début de conduites alimentaires pathologiques secondaire à l'instauration d'un régime ; c'est pour cela que « la plupart des auteurs qui traitent les troubles du comportement alimentaire, ont vu dans l'anorexie les formes expressives de la violence familiale et de la violence sociale » (P.BOURCILLIER. 2007, p, 50)³²⁶.

Le lieu où la culture rencontre la femme est son corps. Un corps sous ses deux aspects : son enveloppe (jeunesse, beauté/vieillesse, laideur), et son fonctionnement (sexualité, santé, fécondité). Le corps est donc "livré" au regard extérieur, à un jugement soumis à des critères d'appréciation contraignants. Les femmes identifiées à leur corps, s'en trouvent dépossédées. Le corps est vécu comme séparé de soi, étranger, et dans le même temps, comme mesure de sa valeur individuelle (à s'approprier à tout prix). Par le biais de la culture médiatique qui propose la perfection physique en tant qu'idéal absolu, et conditionne la femme de manière qu'elle intériorise de plus en plus cet idéal ; qu'elle le superpose à l'image de son propre corps ; ce que

³²³ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD. P, 20

³²⁴ GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection « Médecine et psychothérapie », p.64.

³²⁵ Idem, p.64.

³²⁶ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P50.

FREUD appelle l'idéal du moi devient le moi idéal. Comme cette superposition est rarement parfaite, elle ne peut qu'exagérer les éventuels défauts et les imaginer mille fois pire qu'en réalité.

Il s'agira alors d'une inadéquation entre l'image intérieure que l'on a de soi (qui commence à être construite dès l'enfance), et celle que la réalité, le miroir et les autres nous montre. La composante subjective est présente dans l'appréciation de soi, subjectivité qui peut nous apporter ou non, de la satisfaction vis-à-vis de soi et vis-à-vis de son corps. Il s'agit de la différence entre le somatotype « perçu » et le somatotype « réel », qui est inversement proportionnelle avec le degré de satisfaction³²⁷.

En parallèle à tout ce qui a été avancé H. BRUCH pense que la forme typique d'anorexie, qui implique une « poursuite acharnée de la minceur comme pulsion principale », est bel et bien favorisée par le contexte socioculturel dans lequel on la voit se développer. « *L'étude de malades obèses et anorectiques, écrit-elle, a fait apparaître de manière frappante à quel point les attitudes sociales envers le corps, le concept de beauté dans notre société et la préoccupation que nous avons de notre apparence physique, s'inscrivaient dans un tableau général. L'obsession que le monde occidental a de la minceur, la condamnation de tout excédent de poids qui est perçu comme indésirable et laid, peuvent être considérés comme une distorsion du concept social du corps, mais le fait est qu'elles dominent actuellement la vie de tous les jeunes* » (rapporté par GUILLEMOT, A et LAXENAIRE, M, 1997, p.66)³²⁸. Et le fait est que les anorexiques s'appuient sans doute sur cette « *distorsion du concept social du corps* » pour, en quelque sorte alimenter la distorsion de leur propre image corporelle, et prendre le prétexte d'une mode de minceur afin de commencer à jeûner.

Traditionnellement, Les femmes sont élevées dans la perspective de pourvoir aux besoins d'autrui, au détriment de leurs propres besoins. Ce rôle traditionnel renvoie au modèle de la passivité, de la dépendance (aux hommes), et du sacrifice personnel. « *Le plaisir de faire plaisir* ».

Il y a contradiction à l'heure actuelle entre des représentations et des qualités traditionnellement attribuées aux femmes, et les exigences croissantes d'affirmation de soi, de performance, de réussite et d'indépendance.

³²⁷ DARMON. M. 2003. Devenir anorexique, une approche sociologique, paris, La Découverte, p. 57.

³²⁸ GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie », p.66.

Il s'agit pour les femmes de résoudre cette contradiction, de se situer entre les deux termes d'un conflit. Parfois le simple accès à des rôles traditionnellement réservés aux hommes implique une *Déféminisation*³²⁹.

Cependant, en proposant des modèles de perfection physique qui conditionnent implicitement la réussite sociale et professionnelle, à des gens de plus en plus repliés sur eux-mêmes, les médias ne font que renforcer d'un côté le décalage qui existe entre « l'idéal » et « le réel », et de l'autre leur esprit critique vis-à-vis d'eux-mêmes. L'individu devient ainsi, d'une manière **consciente** et **déclarée** mécontent de son corps, ce qui nous met devant « *l'image de soi négative* » (LEBRETON. D, 1991. P. 138)³³⁰. Qui représente, la première réaction des gens devant la perspective de pouvoir changer d'apparence. Et à partir de ce moment, le dérapage vers l'anorexie, par exemple, n'est pas impossible à envisager car c'est la manière la plus indiquée qui aide à « réparer » les « défauts » ; afin de garder une « *jeunesse éternelle* » et qui correspond aussi à la recherche de séduire ; ces deux formes témoignent très bien d'une « *fétichisation du corps* » (A. CALZA et M. CONTANT. 1999. p. 142.)³³¹. Ainsi, en le transformant pour le faire ressembler aux « modèles de réussite diffusés par les médias », l'individu essaie de maîtriser le monde extérieur et le corps devient le mode de valorisation narcissique premier. Se sentir épanouit du point de vue physique équivaut à être épanouit socialement.

De tels modèles ne s'attaquent pas uniquement à l'image corporelle, mais aussi à d'autres facettes de l'estime de soi ; D'ailleurs David Le Breton résume très bien ce début de transformation qui s'opère dans l'imaginaire de chaque individu concernant son corps :

« Une ruse de la modernité fait passer pour libération des corps ce qui n'est qu'éloge du corps jeune, sain, élancé, hygiénique. La forme, les formes, la santé s'imposent comme souci et induisent un autre type de relation à soi, l'allégeance à une autorité diffuse mais efficace. Les valeurs cardinales de la modernité, celles que met en avant la publicité, sont celles de la santé, de la jeunesse, de la séduction, de la souplesse, de l'hygiène. Ce sont les pierres d'angle du récit moderne sur le sujet et sa relation obligée au corps. Mais l'homme n'a pas toujours le corps lisse et pur des magazines ou des films publicitaires, on peut même dire qu'il répond

³²⁹LEBRETON. D, 1991, *Anthropologie du Corps et Modernité*, PUF, p.136.

³³⁰ Idem, p.138.

³³¹ André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. p. 142.

rarement à ce modèle. Ainsi s'explique le succès actuel de ces pratiques mettant le corps en exergue (jogging, mis en forme, bodybuilding etc.), (...). » (LEBRETON. D, 1991. P. 138).³³²

En outre la glorification de la jeunesse va, en parallèle, dans le sens de la promotion d'un corps adolescent, aux formes nubiles. Un corps tel que les anorexiques aimeraient le conserver, et modèle que les boulimiques tentent d'approcher. Ces messages culturels contribuent à généraliser les conduites de restriction alimentaire dès l'adolescence, à multiplier les mesures de contrôle du corps et de ses formes.

Pour la sociologue Muriel DARMON dans son livre *Devenir Anorexique, Une Approche Sociologique* ; Il ne s'agit pas d'incriminer la culture et les médias, dans l'émergence de l'anorexie mentale, mais plutôt d'étudier la possible influence qu'exercent les modèles féminins proposés et le discours social qui entoure le corps, car « *l'anorexie est bien une déviance : un écart à la norme sociale en vigueur dans la société, qui fait l'objet d'une sanction – jugement négatif, médicalisation, etc.* » (DARMON MURIEL, 2003, p, 58)³³³. Ce trouble ne se conçoit pas seulement comme une pathologie, mais aussi une identité, une présentation de soi que l'on mobilise en fonction des interactions dans lesquelles on est pris. Si l'influence sociale et culturelle ne provoque pas en elle-même un trouble alimentaire, elle y participe inévitablement et favorise la résolution d'un problème psychologique dans une désorganisation alimentaire.

Si l'anorexie est bien une déviance, selon ce même auteur, elle est aussi une carrière qui commence toujours par des pratiques qui s'inscrivent dans la norme, à savoir respecter les normes esthétiques en suivant un « petit » régime. L'individu anorexique peut même être soutenu dans cette perspective. Ainsi H. BRUCH explique que « *dans la plupart des cas, au début, les restrictions alimentaires ressemblent à un régime ordinaire, où l'on s'abstient de nourriture qui font grossir.* » (BRUCH, citée par GUILLEMOT et LAXENAIRE, 1997, p. 66)³³⁴.

La première phase de cette carrière ; ne serait pas une phase déviante si elle n'était pas continuée et n'avait pas été recodée comme telle en fin de parcours, comme le début de l'anorexie. De ce point de vue, la carrière présentée ici ne commence pas par l'infraction mais

³³² LEBRETON. D, 1991, *Anthropologie du Corps et Modernité*, PUF, p.138.

³³³ Darmon, Muriel, 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, coll.' Textes à l'appui/Laboratoire de sciences sociales', p. 58.

³³⁴ GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, *Anorexie Mentale et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie », 1997, p.66.

bien par la soumission à une norme, par des actes socialement souhaitables, légitimes et non désapprouvés. Se pose alors la question de ce qui va faire déviance (susciter une réaction de désapprobation sociale) dans ce cas précis. Ce ne sont en effet pas seulement des actes qui vont être étiquetés comme déviants (le fait de ne pas manger suffisamment ou de se faire vomir), mais aussi à partir d'un certain moment l'infraction au « poids normal » que constitue la maigreur et qui provient non de l'engagement lui-même dans la carrière mais du maintien de l'engagement. Or le moment où le poids fait infraction est lui-même variable, et peut dépendre des normes locales de poids dans la famille, de normes locales « professionnelles », de normes locales de poids de l'anorectique elle-même.

Toutefois la stature et le poids dépendent de leur milieu social. On projette des normes sur l'interaction sociale sans s'en rendre compte, d'où le sentiment de mésestime quand on ne rentre pas dans le standard.

En Algérie, être gros est un signe de réussite, à l'inverse de la France. Il y'a des variables culturelles. Il y'a pas de normes naturelles, il s'agit d'une norme sociale³³⁵.

Avant d'être une question sociologique, l'identification du début de la déviance est une question qui se pose aux anorectiques et à leur entourage. La transgression de normes ne commence pas au début, d'ailleurs plusieurs études ont montré que les pathologies alimentaires parallèle à celle des addictions étaient plus fréquentes dans certains milieux où le corps est au centre de l'activité professionnelle (danseurs, mannequins, sportifs de haut niveau...)³³⁶. La première en étonnera plus d'un : loin de mettre en avant la responsabilité des magazines féminins, c'est le rôle des proches et de la famille qui est mis en avant. Les carrières d'anorexiques commencent souvent par un simple régime, sur les conseils d'« initiateurs » : le médecin, la mère, « *en tant que responsable de l'alimentation et du corps des membres de la famille, et en tant que femme elle-même spécifiquement soumise aux normes diététiques et corporelles* » ainsi les stéréotypes sociaux participent activement dans l'émergence des troubles des conduites alimentaires, le groupe d'amis dont les conversations tournent autour de la nécessité de surveiller son poids. L'objectif peut donc être purement une question de santé, et non seulement de soumission à la mode. Ce régime se fait rarement seul : on y trouve toujours

³³⁵ Obèse ou anorexique ? corps-société et science. Doc on ligne : <http://staps.uhp-nancy.fr/bernard-cours/obese.pdf>.

³³⁶ *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et L'adolescent*, 17 ,727-771, p 732.

des « *accompagnateurs* ». Le régime est une entreprise collective, ce qui renforce le contrôle exercé sur l'individu.

Cette perte de poids s'accompagne souvent, chez les futures anorexiques, d'autres changements radicaux. Nouveau « *look* », engagement dans de nouvelles activités artistiques, scolaires, ou autres : maigrir n'est qu'un élément d'une transformation plus générale de la personne. L'anorexie s'inscrit donc dans un processus de « *socialisation secondaire* » au sens de BERGER et LUCKMANN (*La construction sociale de la réalité*, 1976) : une conversion de l'individu, une transformation radicale de sa personne, qui remet en cause sa socialisation primaire. De ce fait, détacher l'anorexie d'une personne de sa trajectoire générale peut être assez hasardeux (cité par Darmon, Muriel, 2003. p. 65.)³³⁷.

Le récit de l'anorexie comme déviance inclut ce que l'on présentera comme la première phase de la carrière -Mais le moment de la réaction sociale et de l'étiquetage n'intervient que dans une phase ultérieure, celle que l'on a dégagée comme étant la troisième phase de la carrière-. La carrière déviante présentée ici a donc pour particularité d'être faite principalement d'actes « normaux », socialement approuvés : faire un régime, surveiller son alimentation, faire de l'exercice.

Quant à la seconde phase accentue les techniques de régime apprissent dans un premier temps, et surtout les incorpore, c'est-à-dire, littéralement, les inscrit dans le corps des individus. Être anorexique devient alors une seconde nature. Celle-ci n'est pas encore déviante, car elle constitue, à bien des points de vue, quelque chose de valorisant pour les personnes qui la mettent en œuvre : il s'agit d'un travail sur soi, d'une maîtrise de son corps et donc de sa vie. Il y a des formes de plaisirs qui sont apprises dans cette carrière : celui de se retenir, d'être plus fort que la faim, que le désir. Une pleine compréhension de ce phénomène ne peut faire l'économie de cette dimension : l'anorexie n'est pas seulement liée à des images médiatiques, mais aussi aux incitations à « *être soi-même* », « *prendre sa vie en main* », « *devenir ce que l'on est* ». Si elle est un mal de notre modernité, elle est autant liée à sa dimension individualiste qu'à sa dimension médiatique.

En effet, Muriel Darmon identifie une transformation générale des goûts alimentaires des anorexiques vers les aliments « *fins* », « *légers* », à l'opposition des aliments populaires «

³³⁷ Darmon, Muriel, 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, coll.' Textes à l'appui/Laboratoire de sciences sociales, p. 65.

lourds », « *gras* ». C'est l'exceptionnalité sociale qui est visée par la pratique anorexique, la distinction des « *gros* », des autres, ceux qui, finalement, ne parviennent pas à un contrôle total d'eux-mêmes. L'élévation de l'individu est au cœur du phénomène³³⁸.

D'où sans doute la transformation de l'anorexie en un « *mode de vie* ». Ce n'est pas tant une pathologie qu'une identité qui s'exprime au travers d'une pratique culturelle bien particulière. Cela est particulièrement inquiétant : l'anorexie apparaît comme une ressource positive pour celles qui y ont recours, participant à leur estime de soi. Loin d'être un comportement autodestructeur, frappant des jeunes filles mal dans leur peau et dépressive, il s'agit au contraire d'une phase « *constructive* », qui en vient à être destructive de façon presque involontaire. Les anorexiques connaissent souvent très bien les séquelles et les risques qu'elles encourent : mais elles les assument en raison du plaisir qu'elles retirent de cette pratique. Le soin en est alors d'autant plus difficile.

Aussi la troisième phase consiste à l'étiquetage proprement dit : un « *alerteur* », la plupart du temps un proche, indique que « *quelque chose ne va pas* ». Les pratiques jusque là considérées comme normales deviennent alors déviantes, parce que l'anorexique « *va trop loin* », « *ne sait plus s'arrêter* ». L'étiquette « *anorexique* » est alors accolée à la personne, qui peut essayer de la refuser, en dissimulant ces comportements, ce qui entraîne généralement une surveillance accrue de la part du réseau des proches.

Enfin, quatrième phase, la sortie de la carrière : celle-ci se fait par l'hospitalisation. Il s'agit alors de remplacer la conception que la malade a d'elle-même. Il faut qu'elle réinterprète ses comportements en tant que symptôme d'une pathologie à soigner. On a alors à ce moment là, un nouveau phénomène de socialisation secondaire, prodiguée ici par une institution particulière : remplacer les dispositions anorexiques par de nouvelles dispositions. Celui-ci aboutira à une nouvelle prise en main de soi, un nouveau contrôle de son corps et de sa personne, s'appuyant sur le refus des comportements précédemment incorporés.

Il y aura toujours un conditionnement plus ou moins évident de la vie sexuelle de l'individu par son aspect physique, même si cette relation peut nous sembler un peu « basique ».

³³⁸ Darmon, Muriel, 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, coll.' Textes à l'appui/Laboratoire de sciences sociales', p. 99-100 chap. 2.2. La transgression des normes sociales et leurs sanctions.

En somme, il est possible de faire un parallèle entre ces courants socioculturels et les troubles des conduites alimentaires : on retrouve les préoccupations concernant le corps, son image, la minceur... Contexte psychologique dans lequel naissent les troubles des conduites alimentaires. Déplacement de l'idéal du moi sur le corps, crainte phobique de grossir, tentatives de maîtrise totale du corps... . Avec en conclusion la garantie de l'échec de toutes ces tentatives : les efforts pour atteindre le modèle de perfection n'aboutissent pas, ce qui pousse à entretenir toujours plus les comportements pathologiques.

II- MECANISMES ETIOPATHOGENIQUES :

A. Psychopathologie individuelle :

A. 1. Approche psychanalytique :

L'éclairage psychopathologique va successivement être porté sur la nature de fantasmes et sur les conflits pulsionnels sous-jacents au symptôme, puis se déplacer sur la pathologie de l'organisation de la personnalité et du lien (BRUSSET, B 1999, p, 54)³³⁹.

En effet, il conviendrait selon CORCOS, de réfléchir sur la place du symptôme clinique dans l'économie psychique du patient et à sa dynamique propre :

« - le soulagement psychique opéré par le symptôme ; sa fonction pare-exci-tante auto-thérapeutique liée à sa fonction de défense effective contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet : l'anorexique qui se « déguise » puis « incarne » la mort se sent assurée de sa force persécutrice visant à mettre à distance l'objet ;

- la jouissance souterraine et les bénéfiques relationnels secondaires qu'il procure dans le cadre intime du patient ;

- sa capacité d'auto-entretien et d'auto renforcement, sous-tendue par des mécanismes biopsychologiques et sa potentialité à réorganiser voire à pervertir la relation aux autres pouvant moduler sensiblement et durablement le fonctionnement. » (CORCOS, 2000. P. 41-42)³⁴⁰.

a. La nature des fantasmes :

Dans l'imaginaire, le repli à deux signifie l'idée d'une certaine plénitude ; il remémore la phase du lien exclusif à la mère, physique et psychique, mais transporté dans le réel, il réveille d'ancienne angoisses : fantasme de dévoration, d'étouffement et d'enfouissement. Ainsi l'angoisse d'absorber la nourriture, symbole maternel par excellence... ne serait autre que « l'angoisse de la mort et de sa mère et d'elle-même par l'amour –l'amour interdit sous peine de mort » (BALASC cité par P. BOURCILLIER. 2007. P, 93)³⁴¹. Sous la haine culpabilisante qui suite à l'extrême dépendance à la mère (ou son substitut) perce un amour violent teinté d'inceste et d'homosexualité. Certains comptes rendus cliniques font en tout cas état « *de l'envie du pénis pour l'union avec la mère* » (Patricia BOURCILLIER. 2007, P, 93)³⁴².

³³⁹BRUSSET, B 1999, psychopathologie de l'anorexie mentale. Paris. Doin. p, 54

³⁴⁰CORCOS, 2000. *Le Corps Absent. Approche Psychosomatiques des Troubles des Conduites Alimentaires*. P. 41-42

³⁴¹BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 93.

³⁴²BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 93.

Le rejet de la nourriture qui se substitue à l'angoisse, est moins défaut de présence que signe d'une omniprésence et peut exprimer soit la tentative désespérée de se soustraire aux besoins affectifs trop dévorantes de la mère, soit le refus d'une mère archaïque uniquement mauvaise et persécutrice –rappel de la première qui fut frustrante et dévorante, voire « *gavante violente* » (FRANCOISE DOLTO cité par Patricia BOURCILLIER. 2007, P, 93)³⁴³.

Le fantasme du retour à l'origine et celle de la renaissance sont à cet égard significatives : c'est une demande régressive, celle de correspondre au désir de la mère, au détriment du désir propre. Cette régression est l'une des clés du drame anorexique : le sujet tente de découvrir le mystère de l'existence non pas en avançant vers un but mais en faisant retour à l'origine, c'est-à-dire à ce temps archaïque d'avant le langage, d'avant la distinction du Même et de l'Autre³⁴⁴.

a.1. Sado- Masochisme :

Le mélange de résistance et de sadisme provient de la peur inconsciente d'être haïssable. La peur de ne pas être aimée « pour soi-même », d'être nié comme volonté, voire d'être considéré comme « insignifiant », éveille dans le sujet le sentiment insupportable d'être exposé à un danger ou à la menace d'une perte. Aussi la haine est elle sous-jacente à son désir d'être aimé ? Intensifiée par le goût de l'impossible qui constitue l'appui du désir, l'amour imaginaire portant fatalement vers un être « inaccessible ».

« Dans l'anorexie, le plaisir psychologique procuré par la situation de sécurité qui entraîne l'immobilité de la malade aide à surmonter le déplaisir biologique causé par l'état de sous-alimentation et ses conséquences physiques. La malade accepte la souffrance comme une jouissance parce qu'elle est le symbole de la force psychologique lui permettant de réussir là où les autres, ceux qui s'alimentent normalement, échouent à ses yeux. » (LOISELLE, Annie, 2003, p, 44.)³⁴⁵.

Ainsi la volonté individuelle est brisée, par la maladie qui prend possession du moi de l'anorectique et surtout de son inconscient. L'anorexique, soumise à une impulsion mortifère étrangère à toute volonté raisonnable ; elle est habitée par une pulsion masochiste : la faim comme douleur physique, lui procure une sensation plaisante de sécurité, parce qu'elle

³⁴³BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 93.

³⁴⁴BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 165

³⁴⁵ LOISELLE, Annie, 2003, *Les Affamées ; Regard sur l'Anorexie*, les éditions de l'homme, p, 44.

témoigne d'un état inchangé quant à sa situation et à son identité toute concentrée dans l'anorexie, le retour à une alimentation normale constitue une menace à son intégrité. (LOISELLE, Annie, 2003, p, 44-45)³⁴⁶

A travers cette conduite ; la jeune fille anorexique maltraite un corps sexué, un corps de femme, ce qui la terrorise est être femme, être comme la mère « *l'attaque au corps sexué est une attaque du corps maternel dont l'anorexique s'est insuffisamment différenciée* » (BOURCILLIER. P. 2007. P, 113)³⁴⁷. C'est la mauvaise différenciation sujet/objet qui rend la séparation potentiellement dangereuse³⁴⁸. Comme dans l'identification à l'agresseur, l'anorexique se sait dépendante de la mère mais ne peut se passer d'elle et cette dépendance lui est insupportable « *cycle infernal de la quête d'une mère qui a toujours manqué mais dont l'approche est si dangereuse que se présente le dilemme : détruire ou être détruit* ». Ce dysfonctionnement dans l'accès aux identifications secondaires, du fait de l'indifférenciation, ne permet pas la constitution de suffisamment bonnes instances (idéal du moi et surmoi). Le moi va se trouver confronté au moi idéal archaïque et à ses exigences, instance hypertrophiée et omniprésente (*qui se forme chez l'enfant par identification narcissique à la mère, qui prend la forme d'un fantasme d'incorporation cannibalique aboutit au sentiment que prendre du poids, c'est détruire la mère.*)³⁴⁹, le patient reste livré à une instance impersonnelle omnipotente et surtout sadique. Ce sadisme exercé par l'anorexique sur sa mère a pour but la « *réanimation de l'objet maternel mort psychiquement, tempérée par le besoin de s'assurer contre son emprise* » (CORCOS, M. 2000, P.81)³⁵⁰.

Le moi idéal, génère des blessures narcissiques puisque l'anorexique ne peut accéder à cet idéal, et organise progressivement la dimension masochique du sujet. Toute sollicitation ultérieure entraînera un retrait de la libido sur des positions narcissiques (une réduction du moi au moi idéal renvoyant à la fusion narcissique primaire avec l'objet).

L'orgasme du vomissement, confirme aussi la dimension masochiste érogène (CORCOS, M.2000. P. 86)³⁵¹ de l'anorexie mentale retrouvé dans l'orgasme de la faim « *où ce*

³⁴⁶ LOISELLE, Annie, 2003, *Les Affamées ; Regard sur l'Anorexie*, les éditions de l'homme, p, 44-45.

³⁴⁷ BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 113

³⁴⁸ Du point de vue topique, la fixation narcissique primaire va empêcher la bonne constitution et la différenciation du surmoi, et de l'idéal du moi. Le narcissisme secondaire « surmoi et idéal du moi personnifiés » sous-entend un investissement objectal grâce à une bonne différenciation sujet/objet.

³⁴⁹ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 79.

³⁵⁰ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 81.

³⁵¹ Idem, p, 81.

qui prédomine est la passivité, mais dans l'évolution régressive vers un auto-sadisme actif (...). Cet auto-sadisme nous semble correspondre à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié » (CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)³⁵².

Sachant que Le masochisme érogène où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine à l'inverse du masochisme moral où le sujet aimé-haï disparaît pour laisser place à l'investissement de la souffrance pour ROSENBERG (citer par CORCOS, M.2000. P. 86)³⁵³ il « *présente l'apparence d'une culpabilité se fondant sur un surmoi impersonnel et désésexualisé alors qu'il s'agit du désir de punition sexualisé, de satisfaction masochiste. On peut dire que si le masochisme moral garde l'apparence de la culpabilité avec une réalité de satisfaction masochiste, c'est pour garder l'apparence de névrose avec une pratique perverse cachée... »*

Alors que l'auto-sadisme Selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)³⁵⁴, « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces. »*

a.2. L'homosexualité :

Dans certains cas la mère continue à exercer une trouble fascination qui pousse l'enfant à s'imprégner d'elle-même au point de s'identifier à elle et « *il prend alors sa propre personne comme l'idéal à la ressemblance duquel il choisit ses nouveaux objets d'amour* ». Ce qui expliquerait le sentiment si fréquent chez les homosexuels qui ne se sentent eux-mêmes que lorsqu'ils tombent amoureux d'un autre comme eux : « *la fixation à la mère... rend plus difficile la fixation à un autre objet féminin* » (écrit FREUD dans Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci 1910, rapporté par BOURCILLIER. P. 2007.P, 113)³⁵⁵. Dans ce même contexte CHABERT (in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150578.)³⁵⁶, fait correspondre cette séduction

³⁵²CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

³⁵³ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86.

³⁵⁴ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

³⁵⁵BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 113.

³⁵⁶ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65,

maternelle érotique à l'enfance « Oedipe négatif », ces fantasmes pervers homosexuels dans l'anorexie mentale, comme une forme extrême de l'union pulsionnelle mère-fille, pour elle il s'agirait d'un masochisme moral : « *le masochisme moral s'ancre, dans la re-sexualisation œdipienne, à une conviction incestueuse déterminent une angoisse majeure de perte d'amour et un retournement haineux, contre le moi, des attaques destructrices visant l'objet. C'est l'impossible mise en scène de la rivalité avec la mère, certes, mais surtout l'impossible confrontation à la passivité qui engage la version mélancolique des fantasmes de séduction... Au-delà de l'expiration mortifiante ç laquelle elle se soumet, c'est la mère qui est visée et atteinte du fait de la prévalence narcissique des identifications.* » (CORCOS, M. 2000, P. 86-87.)³⁵⁷

Comment se détacher alors de la mère tout en restant identifiée à elle ? Il y'a là un échec de l'homosexualité primaire qui est ce moment où le sujet choisit un objet identique à lui qui n'est pas l'investissement confondant ou confusionnant de l'identification primaire. Ce moment où « *la mère ayant une représentation sexuée de son enfant lui fournit ce qui lui est nécessaire pour qu'il puisse lui-même se figurer comme sexuée* » (SULLIVAN et WEIL-HALPERN, 1984)³⁵⁸.

En fantasme, l'anorexique n'est pas bisexué, il est transexué, c'est à la fois homme et femme, parent et enfant, mort et vivant, elle ne désire pas la mort, puisque ce qu'elle désire est déjà mort.

b .Conflits pulsionnels sous-jacents au symptôme :

On peut constater deux grandes conceptions psychodynamiques qui se complètent :

La première hypothèse est centrée sur le conflit pulsionnel au sein du sujet :

Il faut souligner la nature de l'angoisse d'intrusion, d'envahissement, persécutive qui se trouve mise en jeu dans le refus de manger, alors que le sujet meurt visiblement de faim. IGOIN, met en lumière l'interdit, ou plus exactement « *la notion d'inceste alimentaire* » (rapporter par BOURCILLIER, 2007, p, 165) ³⁵⁹ que FERENCZI désigne du nom

2002, p, 150572-150587. p, 150578.

³⁵⁷ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86-87.

³⁵⁸ SULLIVAN, S et WEIL-HALPERN, 1984 « *l'ombre blanche, homosexualité féminine, homosexualité primaire* », dans cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie : Homosexualité et identité, n°8.

³⁵⁹ BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 165

de « *fruit défendu* » (citer par BOURCILLIER. P. 2007, P, 165)³⁶⁰. La nourriture remplira plutôt le rôle de substitut symbolique du phallus paternel ou fraternel, et le devenir œdipien se jouerait dans une oscillation entre les pôles de l'identification masculine et féminine.

Les premiers psychanalystes qui ont eu à s'occuper d'anorexiques ont ainsi été conduits à mettre en avant le rôle de la régression devant la sexualité génitale et celui des fantasmes inconscients de fécondation orale et d'incorporation anale du pénis paternel. Ces thèmes seront repris par FENICHEL (in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150576)³⁶¹. Un double mouvement affecte la sexualité génitale : **l'un l'amène à déplacer les représentations la concernant sur la sphère orale** et à conflictualiser celle-ci qui fait l'objet de dégoût, d'inhibition et de refoulement ; l'autre, plus authentiquement **régressif, conduit à une réactivation des relations d'objet et d'un érotisme qui appartient aux stades antérieurs de la libido (prégénitaux), anal et oral**. On a pu ainsi rattacher à l'analité : les formations réactionnelles, les rites alimentaires, les pensées obsédantes, les conduites de vérification, la fécalisation des aliments, du corps et des besoins en général, en contrepoint, d'une idéalisation de l'intellect et du corps mince et érigé, et surtout le surinvestissement de la maîtrise, de l'hyperactivité musculaire, des relations d'emprise et manipulatoires sur les objets.

La réactivation des mécanismes d'incorporation, et de leur inhibition, l'importance de l'envie, des relations en tout ou rien, de l'avidité et de l'instabilité telles qu'elles apparaissent à l'occasion des accès boulimiques sont d'avantage de l'ordre de l'oralité (le vomissement condense des aspects liées à l'oralité et à l'analité).

La seconde hypothèse est centrée sur les failles narcissiques de la personnalité et la fragilité identitaire.

La jeune fille anorexique refuse de se nourrir, car la nourriture (de la mère) menace son intégrité, elle fait effraction. Se nourrir de la mère, c'est risquer de ne plus être soi. L'anorexie mentale est un mécanisme de survie psychique à destination de la mère ; réaction de défense spécifique au sexe féminin car dans cette dyade narcissique l'autre est une même. C'est autant à la mère qu'à elle-même que la jeune fille s'en prend. Victime d'une folle passion pour sa mère, identifiée à l'agresseur, elle retourne contre elle l'emprise maternelle, façon pour elle de ne pas se déprendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante. Le corps est ici « *l'objet*

³⁶⁰BOURCILLIER. P. 2007 : *Androgynie et Anorexie*. Flying Publisher P, 165

³⁶¹CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150576.

direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet ('' une mauvaise mère''), persécuteur interne confondu avec le corps. Ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant, il existe un état de détresse du moi, source de dépression face à la menace d'un corps qui grossit.» (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER 2000.P158-159)³⁶². Et si l'anorexie mentale commence au temps de la puberté, ce n'est évidemment pas un hasard.

La compréhension est axée non plus sur le conflit pulsionnel intrapsychique mais sur les conduites adoptées en réponse au traumatisme pubertaire.

La puberté nécessite une adaptation profonde du sujet qui doit accepter son corps transformé, se détacher des figures parentales et choisir de nouveaux objets d'amour.

L'irruption de la sexualité vient rompre un « contrat narcissique » installé pendant la période de latence entre la mère et la fille dans une satisfaction mutuelle (BRUSSET, B. 1989)³⁶³. Contrat qui laisse confondues, contrat qui serait brutalement rompu sans qu'aucune des deux ne puisse en dire quoi que ce soit ! Sans qu'aucune des deux ne soit à même de percevoir que c'est parce qu'elles sont en train de devenir semblables (et donc rivales) que l'équilibre est rompu. L'anorexie mentale se constitue ainsi comme « *une sorte de névrose actuelle en rapport avec la maturation pubertaire* » (MARCELLI et BRACONNIER.2000, p. 156.)³⁶⁴, s'installant au cœur d'une relation mère fille dont le père est toujours exclu.

La régression conduit à une désintrinsication pulsionnelle et à une libération d'une agressivité libre qui nourrit les symptômes anorexiques et boulimiques. On peut considérer que le symposium de Göttingen sous la direction de MEYER et FELDMANN officialise un tournant dans la conception psychopathologique de l'anorexie mentale. Les conclusions de ce congrès ayant fait l'objet d'un consensus sont les suivantes : l'anorexie mentale a une structure spécifique ; le conflit essentiel se situe au niveau du corps et non au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investis. L'anorexie mentale exprime une incapacité à assumer le rôle génital et les transformations corporelles, propres à la puberté. Ces conclusions vont alors être reprises et développées dans des voies spécifiques et par différents auteurs.

³⁶² MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. P 158-159.

³⁶³BRUSSET, B. 1989. « Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires », dans *Confrontations psychiatriques : troubles des conduites alimentaires*, n°31.

³⁶⁴MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. P 156.

BRUCH³⁶⁵, considère que « *le trouble fondamentale et pathognomonique est un trouble de l'image de corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive. L'ampleur de cette triade : trouble de l'image du corps, de la perception intéroceptive et de l'autonomie prend un caractère déréel, sinon délirant et place l'anorexie primaire dans la lignée des schizophrénies dont elle constituerait une forme particulière.* »

SELVINI- PALAZZOLI³⁶⁶ fait de l'anorexie mentale une forme de « *psychose monosymptomatique* », qu'elle qualifie de « *paranoïa intrapersonnelle* » et qui se situe à mi-chemin entre les positions schizoparanoïde et dépressive. Elle fait l'hypothèse que l'anorexie est une lutte contre l'impulsion boulimique.

KESTEMBERG et al³⁶⁷ mettaient en avant les modalités spécifiques de la régression et de l'organisation pulsionnelle. La régression est « vertigineuse » en ce qu'elle ne rencontre aucun point de fixation et d'organisation au niveau des zones érogènes. Celles-ci, dans leurs modalités spécifiques d'organisation de la relation objectale, sont « inefficace », « balayées » par le mouvement régressif qui ne trouve à s'arrêter qu'au niveau de ce que les autres appellent les précurseurs de la relation de la relation avec l'objet et de l'organisation du Moi et qu'ils conceptualisent dans une acceptation très originale du Soi. La conduite boulimique est alors considérée comme une tentative de résolution dans un acte, avec un plaisir plus au moins dénié de ces conflits fondamentaux de l'anorexie mentale.

L'anorexie mentale, est-elle un symptôme ou renvoie-t-elle à une structure psychique particulière ?

On a voulu successivement en faire des symptômes rattachables à des entités psychiatriques déjà connues en fonction des vagues des différents modèles qui se sont succédé.

L'hystérie, fut évoquée en premier et reste la référence la plus habituelle, non seulement dans les descriptions princeps de GULL et LASEGUE (citer par MARCELLI et BRACONNIER.2000. p.160)³⁶⁸, puis de CHARCOT et DEJERINE, SILVERMAN, mais également pour JANET, et FREUD lui-même, qui, dans ses premiers travaux, évoque une forme de conversion par refoulement de l'érotisme oral, thèse qui sera plus récemment reprise

³⁶⁵BRUCH. H. 1973. *Les yeux et le ventre*. Paris. Payot. P. 324.

³⁶⁶CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150576.

³⁶⁷CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150576.

³⁶⁸MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. p 160.

par COUVREUR et VALABREGA (Encycl. Méd. Chir ,2002)³⁶⁹, qui, en fait un symptôme de conversion susceptible de se retrouver sur des structures différentes.

La dépression mélancolique est, après l'hystérie, le modèle le plus souvent pris comme référence, mais les études les plus récentes soulignent que l'on ne peut réduire l'anorexie à une manifestation dépressive, même si cette dimension est centrale. De même, aucune preuve n'est venue étayée sérieusement l'hypothèse de la parenté de l'anorexie mentale avec la psychose maniaco-dépressive.

La dépression par contre est parfois difficile à distinguer de l'anorexie mentale. Elle n'est pas rare à l'adolescence et peut revêtir un aspect différent de celui de l'adulte. Un désintérêt pour les aliments avec amaigrissement peut être présent, mais certains éléments sémiologiques simples permettent en général de faire la distinction avec une anorexie mentale tel que montre le tableau n°4.

³⁶⁹ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150577.

	Anorexie mentale	Dépression
-Refus actif de s'alimenter.	Toujours	Rarement
-Appétit.	Conservé	Diminué
-Degré d'activité.	Normal ou augmenté	Diminué
-Perte de poids.	Toujours	Souvent
-Patient se trouvant mince.	Parfois	Toujours
-Souhait de grossir.	Rarement	Souvent
-Vomissements.	Fréquents	Rarement
-Accès boulimiques.	Parfois	Jamais

Tableau 4 : *Anorexie mentale et dépression*³⁷⁰

(D'après ALVIN, Patrick.1996. Anorexies à l'adolescence, Doin Editeurs, p.20.).

La maladie psychosomatique représente le troisième modèle le plus souvent retenu.

Comme il a été déjà énoncé la puberté nécessite une acceptation de son nouveau corps et ses transformations, cette adaptation détache l'adolescent des figures parentales et le pousse à choisir de nouveaux objets d'amour.

Ce travail psychique amène l'adolescent à un mouvement paradoxal : à la fois une attirance nécessaire pour les nouveaux objets désirés, et une régression dite narcissique sur les objets internalisés pendant l'enfance, qui constituent la base de la personnalité et une sécurité pour l'adolescent en train de changer d'objets d'investissement.

Quand les objets internalisés ne sont pas sécurisants, l'adolescent ne peut effectuer de façon heureuse ce travail psychique : la régression ne rencontre aucune butée solide, l'adolescent se cramponne alors aux objets sécurisants externes (les parents) et aux sensations procurées par des néo-objets (nourriture, toxiques) les remplaçant et mettant en jeu le corps.

La dépendance devient un cercle vicieux : le comportement se mécanise et se renforce, l'activité fantasmatique disparaît.

On ne peut qu'être frappé en effet par certaines caractéristiques de ces patientes : les difficultés associatives, la pauvreté ou l'absence d'élaboration des fantasmes, la tendance à la réduplication projective, l'entrave aux capacités projectives prisonnières des formations de

³⁷⁰ ALVIN, Patrick.1996. Anorexies à l'adolescence, Doin Editeurs, p.20.

caractère, de l'adhérence à la réalité objective qui évoquent des difficultés de liaison entre processus primaire et secondaire, une carence du rôle du préconscient, que l'on retrouve dans la pensée opératoire des malades décrits par Pierre MARTY et Michel de M'UZAN, et qui la présentent comme : « *une pensée consciente qui a deux caractéristiques* :

1. *Elle paraît sans lien organique avec une activité phantasmatique de niveau appréciable ;*

2. *Elle double et illustre l'action, parfois la précède ou la suit, mais dans un champ temporel limité* ». (Marty et de M'Uzan, 1963, 345)³⁷¹.

La perversion a pu également être évoquée, tant dans sa dimension caractérielle de perversité avec manipulations des personnes, mensonges, mythomanie, que dans sa dimension structurale de déni de la castration, fétichisation du corps, réactivation de la sexualité pré-génitale. C'est ainsi, par exemple que la boulimie a pu être décrite comme un *acting out* défensif sur le corps propre d'un fantasme sado-masochique semi-symbolique (SCHWARTZ-HJ.1997.)³⁷².

Pour CHABERT (in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150578.)³⁷³, l'aménagement pervers des mouvements pulsionnels réalisé par la conduite boulimique constitue une tentative de colmatage de brèches narcissique et dépressives d'allures mélancolique.

Ces différentes études psychopathologiques, qui ont chacune leur approche et leur théorisation propre, place la problématique de l'identité au cœur des troubles des conduites alimentaires. Elles soulignent l'importance du conflit dépendance/autonomie et la vulnérabilité fondamentale de ces sujets.

A partir de données épidémiologiques et cliniques, CORCOS, relève que la majorité des conduites addictives alimentaires les plus graves, dans une approche nosologique diagnostique catégorielle, se situent non dans un registre névrotique structuré ou dans le monde narcissiquement clos de certaines psychoses, mais dans des registres narcissiques ou limites

³⁷¹ Marty, P., De M'Uzan, M., 1963, La «pensée opératoire », *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356. In Claude Fortier, À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique - Santé mentale au Québec, 1988, XIII, 1, 18-33. P. 29.

³⁷² SCHWARTZ-HJ. La boulimie : *Rencontre avec Tentative Sado Masochique*. Symposium international. Les troubles des conduites alimentaires. Paris.1997.

³⁷³ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

(psychoses passionnelles froides, toxicomanie d'objet), ou encore névrotique précaires (névrose de dépersonnalisation), c'est-à-dire dans un cadre de structuration vacuolaire ou d'a-structuration à risque psychosomatique (Encycl. Méd. Chir 2002, p, 1505786)³⁷⁴.

Dans une approche dimensionnelle, 50 à 70% des cas présentent une dimension alexithymique (SIFNEOS, 1972)³⁷⁵, à risque psychosomatique. On note chez ces sujets « *la pauvreté de la vie fantasmatique, la difficulté de se rappeler les rêves, l'incapacité d'exprimer les sentiments avec des mots, et un mode de penser utilitaire sans relation appréciable avec les fantasmes inconscients. C'est un trouble cognitif-affectif qui affecte la façon dont les individus vivent et expriment leurs émotions* » (Taylor, 1977, 1984)³⁷⁶.

Cette dimension alexithymique rend compte d'une constante clinique observée dans ces conduites : la phobie du relationnel qu'on peut rattacher à une angoisse plus régressive face à l'altérité. Elle objective un monde de vie opératoire très tôt organisé. L'évitement de la pensée, mais aussi de l'éprouvé mis en place par le sujet dans ses relations ultérieures, a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril une organisation d'être au monde sécurisante.

La dimension alexithymique apparaît à considérer dans ces conduites car elle condense deux inaptitudes foncières : l'aptitude hédonique et l'aptitude à se déprimer font défaut ou encore font l'objet de dérivation endogène (circuit pervers, régression psychosomatique).

Ces deux inaptitudes se rejoignent fondamentalement dans l'incapacité « *à s'ouvrir à soi et à l'autre sans se perdre* », en particulier dans un affect dépressif ou dans le plaisir.

Enfin, certaines spécificités de la dépression observées dans les troubles des conduites alimentaires (dépression narcissique anaclitique par défaut d'étayage et dépressivité plus que dépression avérée) constituent les éléments prédictifs d'un risque évolutif vers un fonctionnement alexithymique associé ou non à des maladies psychosomatiques. Cette dépressivité habite un symptôme d'ordre à la fois comportemental et corporel. Les variations

³⁷⁴ CORCOS, M. et AL., *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150576.

³⁷⁵ Claude Fortier, À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique - Santé mentale au Québec, 1988, *XIII*, 1, 18-33. P. 18.

³⁷⁶-Taylor, GJ., 1977, Alexithymia and the countertransference, *Psychotherapy Psychosomatics*, 28, 141-147.

-Taylor, GJ., 1984, Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment, *American Journal of Psychiatry*, 141, no. 6, 725-732. In Claude Fortier, À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique - Santé mentale au Québec, 1988, *XIII*, 1, 18-33. P. 30.

thymiques corrélées à des sentiments contradictoires et conflictuels vis-à-vis de l'objet sont exprimées par des voies comportementales et somatiques plus que psychiques.

Cette dépressivité est une modalité particulière du fonctionnement psychique servant à aménager un temps des angoisses archaïques désorganisantes, mais qui nécessite une énergie considérable et totalement improductive pour se maintenir. C'est la chronicisation de cette « solution dépressive » et de ses effets de barrage à un travail de deuil qui fait craindre la pérennisation d'une organisation en faux *self*, l'évolution vers une dépression essentielle et un risque psychosomatique à terme.

La dimension addictive de ces conduites a conduit certains auteurs à les intégrer dans le vaste champ des toxicomanies. JEAMMET (Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150577.)³⁷⁷ regroupe dans le concept d'addiction des conduites différentes comme 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. Ce regroupement repose sur des constatations cliniques qui apparaissent très voisines dans les différents troubles :

- Début à l'adolescence avec réactivation de l'histoire événementielle de l'enfance ;
- Compulsivité avec obsession 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

³⁷⁷CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150577.

somatiques lors du sevrage, maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales ;

- Fréquences des co-addictions lors de l'évolution.

Ces données cliniques traduisent une problématique narcissique commune. C'est dire que, si le « choix » du type de conduite et les effets de l'objet d'addiction sont radicalement différents, la genèse et la pérennisation de la conduite comportent des points communs (failles narcissiques, mécanismes neurobiologiques de dépendance similaires).

Les troubles des conduites alimentaires sont ainsi rattachés aux troubles dits addictifs, conduites autodestructrices symptomatiques d'une problématique de dépendance mettant en jeu des agis corporels qui se répètent en lieu et place de la mentalisation du processus de séparation propre à l'adolescence.

Toute fois l'anorexique est réduite à une mendicité de type orale, après avoir fait l'expérience de la solitude dans un rapport mère-fille qui ne fut conçu qu'en fonction des besoins physiologiques ou des besoins égoïste de la mère. Le refus de sevrage, le déni de l'absence de l'objet, le désir de retrouver l'imgo de la mère, Il s'agit alors d'une recherche masochiste d'un objet réel pour nier la douleur de la perception de l'absence, rendent compte peu à peu de la spécificité de la conduite addictive.

Un comportement pathologique, en particulier alimentaire, est susceptible d'avoir certains effets des psychotropes, que ce soit par l'apaisement qu'il peut procurer ou en étant source d'excitations stimulantes pour le psychisme, avec pour conséquence l'apparition d'un certain degré de dépendance (avec la difficulté de séparer dépendance physique et psychique) mais également d'accoutumance. Ainsi, les mécanismes neurobiologiques de la dépendance à un objet toxique existent de la même manière dans les addictions comportementales telles les TCA.

On sait avec FULLERTON et HAWKES³⁷⁸ que les crises alimentaires sont à l'origine de production intracérébrale de substances opioïdes à effets morphinique. Pour l'anorexie, l'état

³⁷⁸CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

d'élation et le sentiment de bien-être physique malgré la dénutrition et l' « *orgasme de la faim* » semblent correspondre de même à une sécrétion de β -endorphines endogènes.

En fait, du point de vue dynamique, l'anorexique peut ainsi fonctionner entre une organisation névrotique et une organisation archaïque (dans une dialectique entre conflits génitaux et pré-génitaux) à un âge, l'adolescence, où la gestion de l'écart narcissico-objectal et de la pulsionnalité du corps va être prépondérante. La structure en plein remaniement à l'adolescence, après la phase de latence où la structuration était gelée mais imprégnée de lignes de force en attente d'agir (CORCOS, M.2000. P.50)³⁷⁹.

En somme, il s'agit **d'un évitement de la sexualité génitale, érotisation des conduites alimentaires**. Un double mouvement affecte la sexualité : **déplacement sur l'oralité** conflictualisée faisant l'objet de dégoût, d'inhibition et de refoulement. **Réactivation d'un érotisme qui appartient au stade antérieur de la libido anale et orale** (rites alimentaires, pensées obsédantes, conduites de vérification, surinvestissement de la maîtrise, relations d'emprise et manipulations sur les objets).

c. La pathologie de l'organisation de la personnalité et du lien :

L'hypothèse essentielle est que l'anorexie mentale, comme la boulimie, font parties des conduites de dépendance crée les conditions d'un antagonisme entre la sauvegarde narcissique et la lignée objectale pulsionnelle. Cette situation aboutit à une sorte de paradoxe, dont l'anorexie est le paradigme, et qui peut se formuler ainsi : « *ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure de ce besoin, c'est ce qui me menace* ».

Le passage l'acte boulimique bat en brèche cette organisation défensive de l'anorexie mentale. Ce choix de la conduite boulimique trouve sa spécificité à un second niveau : celui des modalités de la régression qui accompagne ces dysrégulations narcissiques et objectales, et plus encore celui des aménagements de cette régression. La crise boulimique représente alors un aménagement de la régression particulier par ses facteurs déclenchants, les modalités de son arrêt et les réaménagements auxquels il donne lieu :

³⁷⁹CORCOS, M. 2000. *Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*, Ed, DONOD. P 50.

- Le détonateur en est le plus souvent la confrontation à la situation œdipienne, à la différence des sexes, et à tout ce qui renvoie à l'incomplétude du sujet ; il se caractérise par l'échec des zones érogènes à stopper cette régression et à l'organiser ;

- L'aménagement de la régression correspond à une variante d'aménagement pervers. L'utilisation du besoin physiologique comme néo-objet prend le relais des objets de la réalité externe devenus dangereux. La conduite boulimique, comme l'anorexie ou la toxicomanie, constitue « *une voie finale commune de décharge de toutes les excitations* » (Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150577.)³⁸⁰. L'apparition des troubles des conduites alimentaires reflète l'instabilité de l'organisation psychique, mais ne signe pas en elle-même la présence d'une structure psychique particulière. En revanche, elle témoigne d'une vulnérabilité de la personnalité à la fois suffisamment spécifique pour être une condition nécessaire à l'apparition de telles conduites, mais pas assez pour que celles-ci soient une réponse inévitable ni même la seule possible. Plus qu'une organisation stable de la personnalité, et plus encore qu'une structure définie, ces troubles des conduites alimentaires semblent réaliser un aménagement pervers d'une vulnérabilité liée au maintien d'une dépendance excessive aux objets externes.

En conclusion, il s'agit d'existence d'un profond sentiment de désespoir et d'abandon. Le conflit essentiel se situe au niveau du corps et non au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies. L'Anorexie exprime une incapacité à assumer le rôle génital et les transformations corporelles propres à la puberté.

Troubles de l'image du corps liés à un défaut de reconnaissance des sensations et des besoins du corps. Ce défaut est secondaire à des troubles des premiers apprentissages au cours desquels la mère impose ses propres sensations, ses propres besoins à l'enfant au lieu de l'aider à percevoir et à reconnaître les siens propres. L'identité de l'enfant est fragilisée et il reste profondément dépendant de son entourage.

La lutte pour l'autonomie et la reconquête d'un moi déficient, exercée par le contrôle du corps est le trait essentiel de l'Anorexie. Sensation de faim : sensation d'exister qui constitue une réassurance narcissique et rétablit un sentiment de continuité de soi en permanence menacée. La problématique de l'identité est au cœur de l'Anorexie mentale.

³⁸⁰CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150577.

d. Importance du conflit dépendance-autonomie

L'anorexique se détruit pour s'assurer de son « existence » (ce n'est pas une conduite suicidaire). Se développe chez l'anorexique une sensation mégalomaniacale liée à la maîtrise de ses besoins, aux sentiments d'autosuffisance et à la satisfaction d'auto engendrer une image idéale de soi. Au travers de la maîtrise du besoin c'est le corps qui est visé : corps machine, corps fétiche, écran qui protège l'anorexique des affects envahissants et incontrôlables qu'il est susceptible de provoquer.

Le regard occupe une place importante chez l'anorexique : elle se nourrit de l'effet provoqué chez les autres par son corps exhibé. Parfois, au contraire, elle se dérobe au regard d'autrui.

A. 2. Approche cognitive et comportementaliste :

En ce qui concerne l'anorexie mentale, nous avons retenu le modèle proposé par WILLIAMSON et al (rapporté par CORCOS, M. et AL, 2002, p, 150578)³⁸¹, qui postule l'existence de trois « entités » au sein de la problématique anorexique : une perturbation perceptuelle au niveau de l'image du corps, une peur de prendre du poids et une préoccupation marquée pour la forme du corps. Les trois éléments centraux postulés par WILLIAMSON et al entrent en interaction avec les caractéristiques de base de la psychopathologie de l'anorexique de la manière suivante. Les restrictions diététiques déterminent l'apparition de la faim et une baisse de l'énergie vitale. Cela fait interrompre la diète, mais déclenche des phénomènes anxieux liés à la prise potentielle de poids et au sentiment de perte de contrôle sur son alimentation. Cette étape se poursuit « naturellement » par l'évitement de l'alimentation, qui permet une réduction de l'anxiété et une diminution, voire une suppression de l'appétit. Le métabolisme se réduisant, cela renforce la nécessité de mettre en place des restrictions diététiques, bouclant ainsi le cercle vicieux.

³⁸¹ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150580

Il va de soi que d'autres aspects intervenant à un niveau ou à un autre de la chaîne que nous venons de décrire : une pathologie anxieuse ou dépressive, des attitudes obsessionnels compulsives, une sensibilité interpersonnelle particulière, la présence d'éventuels troubles de personnalité, d'une dépendance à une substance ou encore une manière défaillante de gérer son stress.

Les facteurs psychopathologiques individuels agissent en interaction avec les facteurs familiaux qui ont un rôle essentiel dans la genèse des troubles.

B. Psychopathologie familiale :

B.1- Approche psychanalytique :

Dans une perspective psychanalytique, la psychopathologie individuelle du patient, telle qu'elle s'est organisée au cours de son histoire, est prise en compte afin d'essayer de la relier à la personnalité respective de l'un ou des deux parents. La première enfance y tient alors une place essentielle. Les études de la psychopathologie individuelle de chacun des membres de la famille ont, ces études portent de prime abord sur les relations avec les mères des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires en raison de trois paramètres :

- Le premier, autour de l'ampleur manifeste des liens d'attachement et de dépendance réciproques ;
- Le deuxième, fondé sur la relation entre la nourriture et les fonctions maternelles ;
- Enfin, la primauté des premières interactions de la dyade dans la construction de la personnalité du sujet.

Le fonctionnement familial est marqué par un repli face au monde extérieur et l'évitement des conflits internes.

a. Rôle de la mère :

Les mères sont décrites d'une façon qui peut apparaître contradictoire :

- D'un côté, on insiste sur leur caractère de personnage fort, rigide, dominant et même tyrannique, peu chaleureux ;

- D'un autre côté on relève l'importance des manifestations dépressives. Cet état dépressif peut être repéré dans les premières années de la vie de l'enfant, empêchant la mère d'être en empathie avec lui et de lui fournir un étayage affectif suffisant. Elles refouleraient la sphère affective, privilégiant les performances sociales de l'enfant.

Cette contradiction n'est qu'apparente si l'on considère que la rigidité des positions de caractères reflète une dépression sous-jacente, quant à la position dominante, elle peut être le fait d'une mère déprimée qui se perçoit comme faible, débordée et dévalorisée.

Dans cette perspective, il est nécessaire, au-delà du comportement manifeste, de considérer la place qu'occupe chacun dans le fantasme des autres, la *future anorexique* occupe dans les fantasmes de sa mère une place particulière : l'investissement maternel est de nature essentiellement narcissique et valorise des performances de l'enfant reconnues socialement au détriment de tout ce qui est plus personnel, pulsionnel et affectif. Le surinvestissement apparent de l'enfant par la mère contraste avec le caractère frustrant de celle-ci, son manque de chaleur, son insatisfaction permanente.

Dans ce même ordre d'idée Marie JEANNOT (2007. p.360-361)³⁸² précise que : « *la régression « vertigineuse » que représentent les troubles des conduites alimentaires jusqu'aux origines de la construction de l'appareil psychique conduit à formuler des hypothèses autour d'une transmission verticale trans-générationnelle au cours des interrelations précoces d'un vécu de carence maternelle. Ces conduites interrogent sur les difficultés à se dégager de filiations que nous qualifierons de « narcissiques » prenant leurs racines très tôt dans l'enfance.* »

L'organisation fantasmatique de la mère et la place qu'y occupe sa fille, ne peuvent se comprendre que par rapport à ses relations à ses propres parents. Les grand-mères, et notamment la grand-mère maternelle, apparaissent ainsi comme les personnages clés de ces familles. Les relations de la mère à ses propres parents peuvent se résumer schématiquement par une relation idéalisée mais profondément ambivalente à leur mère, une vive déception œdipienne par rapport à leur père. Cette ambivalence se reflète dans la relation de la mère à sa fille sous une forme également masquée par l'idéalisation. Elle se manifeste parfois de façon très violente par le rejet, notamment pendant la phase de guérison de l'anorexie, alors que la

³⁸²Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.356.

patiente ne peut plus répondre au rôle attendu de la mère. La mère vit sa fille tantôt comme un double consolateur, ce que n'avait pas su être sa propre mère, tantôt comme la représentation surmoïque de celle-ci.

b. Rôle du père :

Le rôle éventuel du père fut pris en compte tardivement pour souligner son caractère effacé, soumis, incapable de faire preuve d'autorité, souvent exclu de fait de la vie familiale. Comme pour les mères, DALLY et GOMEZ (in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 15057)³⁸³ signalent la fréquence des épisodes dépressifs chez les pères dans les mois précédents le déclenchement de l'anorexie : *« Ils nous sont apparus en difficulté personnelle plus que les mères. Leur identité est plus mal assurée du fait en particulier de la prévalence de leurs identifications féminines. Plus encore que chez les mères, on rencontre des niveaux d'organisation et de fonctionnement psychiques différents dont un certain nombre proches de la psychose »*.

Ces difficultés se traduisent par des attitudes qui vont, d'un repli sensitif chez les uns, à une relation plus ouverte et nuancée chez les autres, fréquemment déprimés dans les mois précédant la survenue des troubles, ils présentent des problèmes d'identité car dominant chez eux les identifications féminines d'où leur caractère maternant et séducteur, ainsi que leur grande difficulté à occuper la place de tiers structurant dans le conflit œdipien réactivé à l'adolescence (position dite contre-œdipienne).

Cette réalité de la relation que le père noue avec sa fille nous est apparue corrélée avec la forme d'organisation psychopathologique de la patiente : aux pères avec une position contre-œdipienne très active correspondant toujours les formes avec modalités hystériques de fonctionnement, mais aussi les formes avec boulimie et vomissements, plus le père fonctionne sur le versant narcissique du repli et de la persécution, plus l'anorexie constitue le seul aménagement défensif et plus les traits schizoïdes et dépressifs sont parents.

Dans certains cas graves, le père présente une dimension homosexuelle plus au moins refoulée, et qui choisit une femme peu féminine voire phallique, et regarde sa fille comme un double féminin, ce regard porté sur la fille qui se rajoute au regard maternel refusant toute féminité a une incidence sur l'investissement corporel de la fille. Ainsi « il peut y avoir barrage

³⁸³ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

dans le rôle du père de différencier mère et fille... De permettre à la fille de sortir de l'amour de sa mère et de se "filler" à un père. Deuxième barrage dans la constitution de la féminité » (FIDIDA cité par CORCOS in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150582.)³⁸⁴ ; Étant donné que l'environnement familial y compris le père est supposé avoir un rôle déterminant dans sa capacité de à réguler les distorsions de la relation mère-fille et à diffracter les investissements.

L'intérêt s'est progressivement déplacé des individus qui composent la famille sur celle-ci en tant que groupe naturel. Le plus fréquemment décrit est celui d'une famille conventionnelle, fixée rigidement sur les apparences, fermées sur elle-même, avec une peur du monde externe et surtout une volonté d'éviter les conflits internes. SOURS (in Encycl. Méd. Chir 2002, p, 150577.)³⁸⁵ Trouve que ces familles cherchent à apparaître parfaites dans une caricature de normalité.

c. Rôle de la fratrie :

Reste enfin le problème de la fratrie. Plus que la place du patient dans l'ordre chronologique, apparaissent importante sa place dans la fantasmagorie des parents et le rôle de complément narcissique joué par un membre en général plus âgé de la fratrie. La fréquence des cas d'anorexie mentale dans la fratrie est peu élevée, mais il semble en revanche que les signes de difficultés psychologiques sérieuses y soient plus répandus qu'une superficiel ne le laisserait croire.

³⁸⁴ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150582.

³⁸⁵ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

B.2. Approche systémique :

Elle ne cherche pas à relier les troubles à l'histoire familiale mais vise à élucider les modalités actuelles de communication et d'organisation de la famille. Le malade désigné traduit une modalité particulière d'interaction familiale.

Ainsi, pour éviter un conflit de couple insurmontable, les parents transforment leur difficulté en problème d'un de leurs enfants.

Le dysfonctionnement familial est marqué par un enchevêtrement des liens et une absence d'autonomie de chaque membre, des comportements de surprotection et une intolérance à tout conflit. La communication est souvent paradoxale et objet de ruptures.

La théorie familiale systémique a trouvé avec l'anorexie mentale un champ d'application immédiat. Deux auteurs se sont intéressés particulièrement aux troubles des conduites alimentaires : MINUCHIN et SELVINI PALAZOLLI.

Pour MINUCHIN³⁸⁶, la famille où survient une anorexie mentale est une famille dysfonctionnelle qui entre dans le cadre des familles psychosomatiques. Elles se caractérisent : par l'enchevêtrement entre les membres d'une même famille, leur excessive proximité et l'intensité des interactions ; la surprotection ; la rigidité ; l'intolérance aux conflits, leur évitement et leur non résolution.

Pour éviter un conflit insupportable, les parents transforment leurs difficultés de couple en un problème avec leur enfant.

SELVINI³⁸⁷ considère comme MINUCHIN que le problème central réside dans un système d'alliance et de coalition du sein de la famille. Elle parle de « mariages à trois », chaque parent étant également dans une relation incestueuse avec un des enfants. Elle insiste sur la désillusion profonde qui se cache derrière l'unité de façade du couple parental. Elle reprend

³⁸⁶ MINUCHIN. S , Rosman BL, *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Content*. Cambridge: Harward University press. 1978.

³⁸⁷ SELVINI-PALAZOLLI. 1971 M. *Etude sur les familles de maladies qui souffrent d'anorexie mentale*. In ; ANTHONY EL-KOUPERNIK. Ed l'enfant dans sa famille. Paris masson.- SELVINI-PALAZOLLI. 1982. *la famille de l'anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle*. Actual psychiatr ; 12 ; 15-25.

les modèles d'analyse de la communication de WATZLAWICK et de l'école de Palo-Alto pour repérer comment chaque membre de ces familles qualifie ses propres communications et celles des autres.

Conclusion

En somme, l'anorexie est une réponse extrême à un conflit apparemment banal lié aux changements corporels, psychiques ou sociaux, surgissant pendant la période charnière qu'est l'adolescence en ce sens que de nombreux problèmes se cristallisent durant cette période. Ils se manifestent essentiellement par des modifications affectives et corporelles, et dans les relations avec la famille, à la psychologie individuelle et à la pression de la société. De l'interaction de tous ces éléments, va émerger le trouble alimentaire.

Dans un autre contexte, le même conflit aurait déclenché d'autres anomalies du comportement : Une toxicomanie, une fugue, un échec scolaire, un alcoolisme, une délinquance...

Tous ces troubles ont en commun la difficulté pour l'adolescente de résoudre, à un niveau mental, une situation de tension. Le corps de l'enfant subit des modifications, avec une nouvelle image de soi, avec des nouveaux devoirs, des responsabilités, elle devient de plus en plus indépendante et autonome et va devoir en même temps créer de nouveaux liens affectifs et intellectuels avec ses parents, ses frères et sœurs. Et lorsque l'adolescente ne parvient pas à résoudre cette problématique, à en prendre conscience puis à la traiter psychiquement et intellectuellement, alors la réponse au conflit s'exprime par le passage à l'acte, c'est-à-dire par un trouble du comportement alimentaire, dans le cadre de notre étude il s'agit d'anorexie mentale.

Les anorexiques, contrairement au reste des adolescents, expriment un état de dépendance plus marqué. Cette dépendance excessive est le résultat d'un échec au processus « d'autonomie psychique », qui est normalement acquise dès son entrée en crèche ou à la maternelle.

Les relations précoces mère-enfant sont dans certains cas en cause. En effet lorsque la mère est hyperprotectrice ou bien utilise son enfant pour se valoriser elle-même, l'enfant aura du mal à différencier ses besoins de ceux de sa mère.

Cette difficulté à percevoir ses propres désirs rend l'enfant plus dépendant du milieu extérieur, il a besoin plus souvent de preuve et de soutien de la part de son environnement.

Cette dépendance est bien vécue durant la période de l'enfance ; en revanche elle sera mal supportée à l'adolescence, car elle empêche le processus d'autonomisation affective issu des transformations corporelles et psychiques liées à cet âge. N'ayant pas de contrôle sur ses propres relations affectives, l'adolescente va donc chercher à contrôler avec excès son appétit. C'est une façon de garder sa propre identité.

C'est à quoi concluent DAVID et ZAKIN (citer par Marie JEANNOT, 2007, p. 355-356)³⁸⁸ dans la continuité de GARNER et AL (citer par Marie JEANNOT, 2007, p. 355-356.)³⁸⁹ : « *Que les trois facteurs mis en évidence : d'une part, le manque d'indépendance à l'égard de la mère ; d'autre part, l'insatisfaction de l'image du corps ; enfin, des limites corporelles plus floues, témoignent d'une précarité de l'identité du sujet. Les auteurs interprètent ces résultats comme la marque d'une part, de l'achoppement à négocier le second processus de séparation individuation, et d'autre part de la fragilité de l'identité des sujets, lesquels présentent une vulnérabilité préexistante qui contribue à l'émergence de troubles des conduites alimentaires.* »

³⁸⁸ DAVID F, ZAKIN PD. *Eating disturbance emotional separation and body image. Int J Eat Disord* 1989 ; 8 (4) : 411-416. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy -Volume 46- N°4- octobre-décembre 2007, p. 354-361. p. 355-356.

³⁸⁹ GARNER D, OLMESTEAD MP, BOHR Y, GARKINKEL PE. *The Eating Attitudes Test : psychometric features and clinical correlates. Psychol Med* 1982 ; 12 : 871-878. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.355-356.

DEUXIEME PARTIE.
PARTIE PRATIQUE.

CADRE METHODOLOGIQUE

MOTIVATION DU CHOIX DU THEME:

Notre choix du thème « l'Anorexie Mentale » réside dans la constatation qu'une telle pathologie peut rester latente une grande partie de la vie et se révèle à un certain moment quand tout est prêt pour l'accueillir.

Que la période de l'adolescence est si fragile qu'elle nous apparaît comme étant la phase la plus pointue et la plus difficile de notre vie.

L'anorexie peut réellement s'exprimer pendant des années sans que ses symptômes apparents ne soient évocateurs de son expression.

Notre intérêt repose sur des observations cliniques, elles mêmes basées sur des données théoriques ; Où de nombreux éléments sont avancés pour expliquer la constitution d'une telle maladie. Le fait qu'elle concerne principalement les femmes, et qu'elle semble toucher un nombre croissant de personnes, apporter des arguments aux partisans d'une origine culturelle impliquant la position sociale de la femme. Le diktat de la minceur est ainsi mis au ban des accusés. Les défenseurs d'un déterminisme psychanalytique, (sur lequel nous nous basons pour approcher cette pathologie à travers cette étude); s'intéressent au lien unissant la mère et la fille, au poids du facteur dépressif ou à l'hypothèse d'une pathologie du narcissisme, particulièrement sollicité dans ses préoccupations corporelles à l'adolescence.

L'approche systémique se penche sur l'anorexie en tant que symptôme visible des relations familiales pathogènes. La prédisposition génétique est également étudiée, tandis que le fonctionnement de certains neurotransmetteurs, comme la Sérotonine, impliquée dans la sensation de satiété, est examiné depuis peu. Mais plus généralement, la plupart des auteurs se rejoignent pour estimer qu'on ne peut expliquer le syndrome anorexique sous un angle uni-modal.

A l'ensemble des facteurs sus-évoqués, s'ajoute l'expérience pratique recueillie lors de la réalisation du mémoire de licence qu'avait pour thème « *Etude de quelques traits de la personnalité de l'adolescente anorexique à travers le protocole du RORSCHACH* ».

De cette motivation nous allons essayer de comprendre certains processus psychiques de l'anorexie mentale et les analyser.

Cependant, il est vraie que dans un travail de recherche le facteur temps est fondamental surtout lorsqu'il s'agit de la réalisation d'un mémoire de magister ou la durée impartie est limitée (une année). Néanmoins la disponibilité de la documentation nécessaire à la réalisation

de cet ouvrage devra en principe nous faciliter l'approche de cette pathologie tout au moins théoriquement ; cette démarche va bien sur absorber une grande part du temps consacré à l'élaboration du mémoire, afin de nous permettre d'appréhender les sujets objets d'étude avec des fondements théoriques précis.

Il est utile de signaler que ce travail a été entamé dès la détermination du choix du thème de recherche, sur les conseils et directives du directeur de projet. Il en est de même pour le développement de la partie essentielle à savoir : L'aspect pratique de l'étude ou on a tenté de faire un travail exploratoire au niveau des structures en charge de cette catégorie de malades, et d'aller même au-delà de cette démarche en entamant sur les rares sujets cliniques observés, des entretiens de recherche ainsi que la passation et interprétation du test du RORSCHACH (outils de recherche).

PERTINENCE:

L'anorexie mentale fait partie des principaux désordres du comportement alimentaire, elle est aussi à l'origine d'une grande détresse psychologique.

Le syndrome anorexique envahit les pensées et les activités des malades, toute leur vie se structure autour de cette pathologie.

Certains signes font prendre conscience que se trame dans l'inconscient quelque chose qui cherche à se faire entendre, à travers ce cri du corps qui s'efface; par le refus de la féminité et surtout à la difficulté à définir son identité pour devenir femme. A une difficulté à s'identifier à travers le désir maternel.

Autrement dit, difficulté de grandir – de se développer - due à la crainte de se séparer de la mère.

Ainsi l'anorexie dépasse les apparences, même si elle se joue sur l'apparence. C'est bien l'apparence de l'amour qu'elle met en question. A travers ses jeux de miroir et de transparence.

Cependant, dans une perspective étiopathogénique psychanalytique, on va essayer de poser des mots sur un mal qui peine à trouver les mots pour se dire.

Tout en nous impliquant à ne pas l'enfermer dans ces mots. Mais à comprendre ce qui se joue dans l'inconscient et essaie de se dire par la difficulté à se nourrir, et la sensation de ne pas en ressentir l'utilité.

QUESTION DE DEPART:

Dans un but scientifique et pratique et à travers l'exploration de la vie fantasmatique de l'adolescente anorexique, dans une visée descriptive, compréhensive de son comportement et de ces processus psychiques on voudrait connaître comment exprime cette dernière sa sexualité ?

TRAVAIL EXPLORATOIRE :

PRE-ENQUETE:

À travers nos visites auprès des structures hospitalières à savoir : les hôpitaux psychiatriques de ER-Razzi Annaba et oued el-Athmania Constantine .Service de la médecine interne Hôpital Ibn Rochd Annaba. On a essayé d'établir le lien avec les différents responsables et spécialistes de ces structures par le biais d'entretiens afin de situer l'ampleur de la demande formulée par cette catégorie d'où nous avons recueilli les informations suivantes :

Au cours de l'année 2008 l'hôpital psychiatrique ER-Razzi à pris-en charge 03 cas d'adolescentes anorexiques dont une est hospitalisée.

Hôpital psychiatrique oued el-Athmania a également pris en charge 04 adolescentes anorexiques dont l'une est soumise à un traitement ambulatoire.

Service de la médecine interne (CHU Ibn Rochd Annaba) signale 2 cas dont un est l'objet d'une hospitalisation.

Quant au service de l'hygiène scolaire (secteur ANNABA centre), il a fait le suivi de 04 cas d'adolescentes anorexiques durant la même année, dont une souffre d'un handicap physique.

LA PROBLEMATIQUE:

L'adolescence débute avec la puberté, reprise biologique de la maturation des organes sexuels, elle se caractérise par l'accès à la génitalité, cette activité libidinale assure le passage à la sexualité génitale et met fin à la latence.

L'entrée dans l'adolescence entraîne des transformations corporelles, qui s'accompagnent d'un mouvement pulsionnel au niveau de l'appareil psychique qui conduit l'adolescent notamment l'adolescente à s'adapter par des comportements nouveaux, qui peuvent souvent être hors normes. Face à des difficultés d'ordre familial, biologiques, psychiques ou sociales l'adolescent développe des tableaux cliniques divers.

Comme le rappellent MARCELLI et BRACONNIER (1999): « *le corps est le premier représentant des pulsions sexuelles et agressives .Habillage, coiffure et maquillage, sont liés à des modes, mais ce sont aussi pour les jeunes l'expression symbolique de leur identité sexuelle, de leurs conflits et de leurs modes relationnels .Le poids de l'image du corps est alors considérable, d'autant plus qu'elle peut se confondre avec la représentation qu'a le jeune de lui-même* » (GOSLIN, 2002, p 16)³⁹⁰.

Il se trouve qu'actuellement, le corps est mis en valeur par les faits modes, comme il met en avant dans certaines pathologies qui questionnent beaucoup de chercheurs sur l'importance de la place du corps, sur l'interaction corps et psychisme et qui est l'anorexie.

Notre intérêt se centrera sur une conduite agie pathologique de l'adolescence ; l'anorexie mentale ; qui semble s'imposer comme un rite de passage, un rituel d'individuation, pour des sujets pour qui« *la sculpture de soi* »avec ce qu'elle suppose d'introjection et de contenants qui deviennent problématique.

Notre réflexion part sur des observations cliniques qui s'appuient sur des données théoriques, à cela s'ajoute notre expérience pratique au niveau du mémoire de licence où nous avons travaillé sur cette pathologie.

³⁹⁰ Pierre G. GOSLIN. 2002. *Psychologie et adolescence*, Ed ARMAND Colin/VUEF. Paris. Page16.

De cette motivation nous allons tenter de comprendre certains processus psychiques de cette pathologie et les analyser.

L'anorexie mentale débute à l'âge de la puberté, la triade symptomatique des « 3A » à savoir : l'Anorexie, l'Amaigrissement et l'Aménorrhée auxquelles s'y ajoutent fréquemment une hyperactivité et une indifférence affective grandissante avec une aphanasis sexuelle.

L'anorexie mentale touche essentiellement une population de sexe féminin. Le plus souvent entre 13 et 18 ans, Cette tranche d'âge présente une très grande sensibilité par le fait qu'elle assure avec la menstruation le devenir femme biologiquement.

Il est utile de parler des différents facteurs participants dans l'apparition de l'anorexie. L'un de ces facteurs est incontestablement le concept de l'image de corps, l'obsession de la minceur. Un autre facteur, conséquent du premier, est le regard des autres, des proches surtout. La vulnérabilité de certaines adolescentes se trouve renforcées par une mauvaise image de soi, que l'on renvoie aux regards des autres et dont les faits ; la négativité de l'image de soi. Le dernier facteur se situe dans la confrontation à la sexualité.

Les transformations et perturbations de la puberté : Apparition des règles, développement mammaire, arrondissement de la silhouette. Laissent apparaître un intérêt à la sexualité génitale qui va émerger, la poussée de la poitrine conduit à la nostalgie de quitter l'enfance et de se sentir envahie par des excitations sexuelles en relation avec le concret et plus intenses.

Au début de la puberté, les seins vont être comme la partie la plus sexualisée du corps, des excitations qui ne sont pas investis dans la génitalité, mais qui se cottonnent dans le psychisme qui va les décharger sur le corps autant qu'objet sexuel qu'il faut détruire, étant donné que le corps est un condenser d'objets sexuels partiels.

L'accroissement du bassin est aussi l'une des préoccupations majeures de l'adolescente et peut entraîner le désir de « *se faire maigrir* » avec les dangers que cela comporte dans une période de croissance.

Lorsque ces premiers signes sensibles et visibles de la puberté apparaissent, l'anorexique manifesterait un refus à se sentir femme ; la vue de son propre corps deviendrait

insupportable, et maigrir serait une tentative d'effacer ces caractères signifiants liés à la sexualité.

La sexualité est donc activement et massivement refoulée, désinvestie les modifications physiologiques que nous avons évoqué précédemment sont des facteurs déclenchant de l'anorexie ; dans laquelle deux métamorphose sont abolies à savoir : ne pas devenir femme et ne pas devenir mère.

L'angoisse de la sexualité, la réactivation des problématiques œdipiennes et des conflits d'identification déstabilisent l'adolescente .les défenses psychiques s'exacerbent se rigidifient. La problématique de l'identité est au cœur de l'anorexie.

En effet, la fragilité identitaire se révèle à l'adolescence par des conduites pathologiques, adoptées en réponse au traumatisme pubertaire qui intervient comme un réveil, un catalyseur.

De ce fait ; Peut-on résumer l'anorexie à un refus de la féminité ?le refus de la féminité peut aussi s'inscrire dans la crainte de la maturité, surtout, ou l'adolescente fait face à une série de transformations et de changements de rôle, sans y être forcément préparé. En corollaire, se majore le conflit dépendance- autonomie, central dans la problématique de l'anorexique. Paradoxes et contradictions caractérisent la personnalité de ces jeunes filles, exprimant leur volonté d'indépendance et simultanément s'installant dans des régressions.

Il y'a la « *un refus de grandir* » ; peut on penser que l'anorexie serait une forme de volonté de retourner en enfance ? Il est nécessaire de connaître à travers cette pathologie quelle est l'importance de l'influence de la mère dès la conception et de l'environnement sécuritaire du bébé dans l'apparition de l'anorexie mentale ? Ainsi l'adolescente très attachée à sa famille tente de transférer sa dépendance envers ses proches vers la nourriture et par cette même façon de se prouver qu'elle a le contrôle total sur son corps, qui est signe de manque de confiance en soi.

L'adolescente veut fuir vers son enfance, et refuser ses formes de femme. Ayant une faible alimentation, cela lui permettra consciemment ou non d'avoir des formes quasi-infantiles

et qui refuse ainsi sa sexualité et fait disparaître toutes formes de féminité pour être quasiment androgyne.

Les exigences de l'anorexique sont des réponses : aux angoisses de ne pas se contrôler, à l'horreur de ne pas maîtriser son corps, à l'insupportable de la sexualité, à la peur des appétits... exigences focalisées sur le corps.

C'est à ce qu'on veut aboutir dans cette recherche à travers l'exploration de leurs vies fantasmatiques qui nous permettent la mise en valeur de ces conflits et de ces soubassements économiques par le biais des tests projectifs qui dévoilent l'existence des conflits qui peuvent spécifier la problématique anorexique; **Quelles sont les expressions et spécificités de la sexualité chez l'adolescente anorexique à travers le RORSCHACH ?**

De ces différents énoncés théoriques, et pour la réalisation de ce travail nous émettons les hypothèses suivantes :

LES HYPOTHESES :

Hypothèse générale:

L'anorexie mentale déclenche une jouissance dans l'agressivité.

Hypothèses opérationnelles :

1- Plus l'adolescente anorexique refoule sa sexualité, au profit des éprouvés corporels dont l'aboutissement est les autoérotismes morbides.

2- Le corps de l'adolescente anorexique traduit une activité jouissive à travers une sexualité prégénitale déculpabilisée.

3- Le conflit se situe au niveau du corps sexué refusé et maltraité pour être psychisé.

4- L'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer la fonction sexuelle génitale dont les transformations de la puberté exacerbent et qu'il faut effacer en regard de l'échec du refoulement.

RECUEIL DES DONNEES :

En ce qui concerne notre méthodologie de recherche ; nous proposons d'utiliser :

1- **L'observation**, méthode ayant pour but de relever un certain nombre de faits naturels, à partir desquels il sera possible de former une hypothèse que l'on soumettra à la vérification expérimentale.

2- Entretiens de recherche :

La technique de l'entretien ou l'entrevue permet de recueillir des données valides sur les croyances, les opinions et les idées des sujets³⁹¹. L'entrevue produit un discours qui va donc permettre d'approfondir la pensée d'une personne. Elle fait ressortir la vision subjective du monde d'un petit nombre de personnes et ne peut être répétée de façon identique ; elle est unique³⁹².

On a utilisé la méthode d'entretien dans le but de recueillir des informations et des pistes de réflexion intéressantes et nuancées au sujet de ma problématique. On s'est intéressé aux pratiques et aux perceptions des jeunes adolescentes, c'est pourquoi on a favorisé ce type de méthode : « *Il est adapté aux recherches visant à recueillir des données sur les perceptions des personnes concernant un objet, sur les comportements qu'elles adoptent en situation ainsi que sur les attitudes manifestées* »³⁹³. On relève que cette phase de l'étude « *s'ancre dans les situations concrètes, quotidiennes et abordées en contexte. Les données récoltées relatent l'expérience des personnes interviewées et donnent une place à la signification qu'elles donnent aux évènements* »³⁹⁴.

Notre objet de recherche vise à mettre en évidence les rapports que les jeunes adolescentes anorexiques ont avec leur corps et leur sexualité. On recherche des opinions, des avis, des impressions et des ressentis. Pour ces raisons, on estime que la technique d'entretien est la plus adaptée pour la récolte de données de notre recherche. A propos de la structuration, on a choisi d'utiliser l'entretien semi-directif.

³⁹¹ DEPELTEAU, F. 2002, *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles, De Boeck, p.56

³⁹² Idem, p.59

³⁹³ MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. 2003, *Analyse des données qualitatives*, 2ème édition, Bruxelles : De Boeck, pp. 26-32

³⁹⁴ Idem, p.28

« L'orientation de l'entretien semi-directif appelé aussi semi-dirigé est donnée par quelques questions larges posées par l'interviewer à l'interviewé. Le chercheur aborde ainsi les thèmes et sujets qui l'intéressent pour sa recherche, tout en permettant à la personne interrogée d'aborder d'autres points. Il est semi-directif car il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises »³⁹⁵.

De plus, nous souhaitons préciser que nous avons choisi l'entretien semi-directif de type compréhensif qui est proposé par KAUFMANN (2004, p.47)³⁹⁶ : « Dans l'entretien compréhensif, l'enquêteur s'engage activement dans les questions afin de provoquer l'engagement de l'enquêté. L'entretien compréhensif tend à briser la hiérarchie d'interviewé-interviewer, celui qui pose les questions et celui qui y répond, afin de trouver un ton beaucoup plus proche de la conversation entre deux personnes ». « En utilisant l'entretien compréhensif, l'enquêteur doit faire preuve d'empathie et d'engagement. Il doit porter une écoute attentive et une sympathie manifeste à l'interviewé »³⁹⁷.

Cette attitude permet de mettre en confiance l'interviewé et l'aider à parler de ses expériences. Ce type d'entretien va nous permettre de questionner au maximum les idées émises, les avis. Si on reste sur notre réserve, on n'empêche l'interlocuteur de se livrer.

Cependant, nous ne voulions pas poser des questions précises, car le risque est que la personne interrogée se contente de répondre de manière brève et superficielle. Nous préférons créer un climat de discussion avec ces dernières afin qu'elles puissent exprimer librement et à leur façon leurs perceptions du corps et de la sexualité.

Comme nous ne voulions pas entrer dans un schéma de questions-réponses, nous sommes partis d'une question générale: « Peux-tu me parler de toi? » A partir de la réponse de la jeune fille, nous la relançons de façon à passer à travers les thèmes que nous voulons aborder.

C'est-à-dire que nous avons eu recours à une série de questions qui nous servait de guide afin de maintenir une structure et éviter l'éloignement du sujet. Les questions ne sont pas forcément abordées dans l'ordre, mais plutôt au fil de la conversation.

Le choix des questions a permis de faciliter l'expression de l'interlocuteur. Voici la composition du guide:

³⁹⁵ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. 1999, *Manuel de recherche en sciences sociale*, Ed : DUNOD, p.174

³⁹⁶ KAUFMANN, J-C. 2004, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, collection 128, p.47

³⁹⁷ Idem, p.51

Le premier volet concerne : Le rapport à la famille ;

Le deuxième volet concerne : le rapport au corps ;

1Le troisième volet concerne : la sexualité ;

2Le quatrième volet concerne : L'alimentation ;

3Le dernier volet concerne : les relations.

4

A la fin de l'entretien, on a donné la possibilité aux adolescentes ou bien à leur mères quand l'opportunité se présentait, d'ajouter librement des éléments qui n'auraient pas été développés et qu'ils souhaiteraient amener.

Les entretiens sont débutés par une discussion d'accueil, dans le but d'engager le dialogue :

Discussion d'accueil :

« Bonjour, je souhaite tout d'abord me présenter. Je m'appelle DEHANE Amel, je suis étudiante en post graduation option psychologie clinique à l'université de Constantine.

Ma recherche traite le thème de l'anorexie mentale chez les jeunes adolescentes, Je souhaite aborder votre vécu et vos expériences personnelles. Il n'y a pas de mauvaises ni de bonnes réponses. Je suis intéressée par ce que vous éprouvez personnellement.

L'entretien va durer environ une heure. Avec votre accord, je vais prendre note de cet entretien. Ces notes doivent me permettre de retranscrire intégralement les entretiens afin de ressortir les éléments qui me serviront d'outils de travail. Le contenu de l'entretien est confidentiel et je respecte l'exactitude des informations reçues ainsi que votre anonymat ».

3- Les questionnaires de comportement alimentaire

L'EAT (Eating Attitude Test) de GARNER et GARFINKEL (1979) et l'EDI (Eating Disorder Inventory) de (GARNER, 1991)³⁹⁸ sont de loin les auto-évaluations standardisées les plus communément utilisées pour mesurer les symptômes associés à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse. L'échelle EAT est la plus utilisée pour évaluer la gravité de l'Anorexie Mentale ou son évolution. La version à 26 items sert d'instrument de dépistage de l'affection

³⁹⁸ GARNER, D. M. (1991). *EDI 2. Professional Manuel*. Psychological Assesment Resources, Odessa, Florida.

dans les populations à risques mais avec quelque prudence comme tout instrument utilisant un seuil critique. Elle mesure trois facteurs : restriction alimentaire, boulimie et préoccupations concernant la nourriture, contrôle de la prise alimentaire (GARNER, OLMSTED, BOHR, & GARFINKEL, 1982)³⁹⁹. L'inventaire de troubles alimentaires (EDI) comprend 11 dimensions : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction par rapport à son corps, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des pulsions et insécurité sociale.

On considère aujourd'hui que les troubles alimentaires sont multidimensionnels (ENGELSON & LABERG, 2001)⁴⁰⁰. L'EAT et l'EDI ont été reportés comme adéquats pour détecter, en population non-clinique, les sujets courant un risque de développer des TCA. Un score supérieur à un seuil critique indique des problèmes d'ordre alimentaire ou des symptômes de pathologie alimentaire. En pratique, les sujets ayant des scores élevés sur ces deux questionnaires sont convoqués pour un entretien clinique (ENGELSON & LABERG, 2001).

Choix d'un outil, l'EAT-26

Il existe plusieurs questionnaires mesurant les troubles alimentaires et pouvant être utilisés en population non-clinique. Nous voulions mesurer les comportements alimentaires, et pas uniquement la boulimie. L'EAT-26 est un outil relativement court qui fournit une évaluation des TCA. Selon ses auteurs, ce questionnaire est censé fournir un indice valide des symptômes observés dans l'anorexie, mais les critères employés dans son élaboration ne sont pas ceux du DSM-IV (CALLAHAN et al, 2003). Les sujets ayant des scores élevés à l'EAT ont pu être classés dans diverses catégories de TCA ou de formes subsyndromiques (boulimie, anorexie subclinique, hyperphagie, régimes invétérés...), l'EAT ne permet donc pas de distinguer la nature des troubles alimentaires (MINTZ et al. 1997) contrairement au Q-EDD qui propose le diagnostic de l'anorexie, la boulimie et de 7 troubles subcliniques (CALLAHAN et al, 2003; MINTZ et al, 1997).

En population non-clinique, le seuil critique de l'EAT donne un taux élevé de « faux positifs » (JOHNSON-SABINE, WOOD, PATTON, & MANN, 1988). Malgré tout cela,

³⁹⁹ GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BOHR, Y., & GARFINKEL, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

⁴⁰⁰ ENGELSON, B. K., & LABERG, J. K. (2001). A comparison of three questionnaires (EAT-26, EDI, and EDE-Q) for assesment of eating problems in healthy female adolescents. *Nord Journal of Psychiatry*, 55, 129-135.

l'EAT est toujours très utilisé car c'est le premier test qui fournit des informations relatives à l'anorexie (CALLAHAN et al., 2003). Nous l'avons choisi car nous voulions utiliser un score global de TCA et non un instrument diagnostique précis.

Présentation de l'outil

La version initiale de l'EAT à 40 items de GARNER et GARFINKEL (1979) a été réduite à 26 items (EAT-26) par Garner et ses collaborateurs (GARNER et al, 1982). Il suffit au sujet de cocher l'une des six cases proposées pour chaque item. L'échelle des réponses va de « pas du tout, jamais » à « extrêmement, toujours » avec une possibilité de 6 réponses par item.

Cotation

Il faut distinguer 2 sortes d'items : directs et inversés. Dans le cas des items directs, le degré extrême, placé à droite (« extrêmement, toujours ») reçoit un score de 3, les deux degrés précédents reçoivent 2 et 1 points. Aucun score n'est donné aux réponses non anorectiques.

Dans le cas de l'item inversé (item 25), le degré extrême placé à gauche (« pas du tout, jamais ») reçoit un score de 3. Les deux degrés suivants reçoivent un score de 2 et 1 points comme précédemment. On fait ensuite la somme des scores partiels obtenus.

Validation

Une analyse factorielle de la version anglaise à 40 items, réalisée sur les réponses de 160 sujets anorexiques, a permis de mettre en évidence 3 facteurs : restriction alimentaire (13 items), boulimie et préoccupations concernant la nourriture (6 items), contrôle de la prise alimentaire (7 items). Garner et ses collaborateurs (1982) ont proposé à la suite de ce travail une version à 26 items supprimant les 14 items ne se projetant sur aucune de ces trois dimensions. La corrélation entre les deux versions (à 40 et à 26 items) est de 0,98. La version abrégée permet de différencier les sujets anorexiques des sujets contrôles sur les moyennes (BOUVARD & COTTRAUX, 1996).

La version française présente des caractéristiques similaires à celles de la version anglaise. Elle permet de différencier les patientes boulimiques et anorexiques d'un groupe contrôle. Les coefficients de consistance interne de la version française sont satisfaisants (CARROT et al, 1987). Une ACP des réponses aux 26 items suivis de rotations obliques a permis de retrouver les 3 facteurs de la version à 40 items. La version à 26 items peut être utilisée comme outil de dépistage de comportements alimentaires inadaptés. Les scores vont de

0 (aucun TCA) à 78 (score maximal de TCA). La note seuil pour cette version est de 20 (GARNER et al, 1982).

4- Questionnaire de l'image du corps, le QIC de BRUCHON-SCHWEITZER.

Choix d'un outil :

Le QIC est un outil français mesurant la satisfaction perçue vis-à-vis de son propre corps (voir annexe 13). Il a été validé sur 1200 adultes français (KOLECK, BRUCHON-SCHWEITZER, GELIE-COUSSON, GILLIARD, et QUINTARD, 2001)⁴⁰¹.

Construction du questionnaire

BRUCHON-SCHWEITZER (1987. P. 887-892.)⁴⁰², a réalisé 137 entretiens puis une analyse de contenu thématique des matériaux obtenus, donnant lieu à 13 catégories essentielles (regroupant 300 termes ou expressions différentes). Le questionnaire final se compose de 19 items bipolaires.

Cotation

Le score total de satisfaction corporelle est obtenu en additionnant les scores du sujet aux 19 items du questionnaire:

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.
- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.
- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

Validation

Une ACP a été effectuée sur 619 sujets en 1980. Quatre facteurs ont été trouvés après rotations : 4 facettes nettes et homogènes (BRUCHON-SCHWEITZER, 1987. P. 887-892.)⁴⁰³. Le premier facteur est nommé Accessibilité/Fermeture. Le pôle + se caractérise par la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique, opposée au refus de telles expériences. Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se caractérise par une

⁴⁰¹ KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M., GELIE-COUSSON, F., GILLIARD, J., et QUINTARD, B. 2001. The Body Image Questionnaire: an extension. *Perceptual & Motor Skills*.

⁴⁰² BRUCHON-SCHWEITZER, M. 1987. Dimensionality of the Body Image Questionnaire. *Perceptual & Motor Skills*, 65, 887-892.

⁴⁰³ BRUCHON-SCHWEITZER, M. 1987. Dimensionality of the Body Image Questionnaire. *Perceptual & Motor Skills*, 65, 887-892.

perception de tonalité agréable (pôle +) opposée à une perception défavorable du corps, un corps haïssable (pôle -).

Le troisième facteur a été appelé Actif/Passif. Le pôle + représente les propriétés énergétiques du corps (énergie, santé, audace...) et le pôle - : fragilité, faiblesse, crainte... Le quatrième facteur est le facteur Serein/Tendu, son pôle + est la sévérité corporelle et le pôle - est la tension corporelle.

KOLECK et al. (2001)⁴⁰⁴ ont appliqué le QIC à un échantillon de 1222 sujets adultes français (542 hommes, âge moyen : 30, 7 ans, écart-type : 15, 4 ans ; 680 femmes, âge moyen : 27 ans, écart-type de l'âge 11, 8 ans). Ce groupe comprenait divers sous-groupes (317 étudiants en éducation physique, 611 étudiants en sciences et en sciences humaines et sociales, 146 patients atteints de cancers, 140 patients lombalgiques). Une analyse en composantes principales menée sur les réponses des hommes et des femmes (analysées séparément et ensemble) a donné dans tous les cas un axe général saturant tous les items (saturations supérieures ou égales à 0,30). La première composante, isolée sur l'ensemble des sujets, explique 25,6% de la variance totale et a un alpha de CRONBACH de .83. La fidélité test-retest, calculée sur les réponses de 89 collégiens et lycéens (intervalle test-retest de 10 jours) est de +0,86.

Toujours d'après cette étude de 2001, la satisfaction vis-à-vis de l'image du corps est liée positivement à l'affectivité positive (Extraversion) et inversement à l'affectivité négative évaluée en même temps (Névrosisme, anxiété-trait et anxiété-état, dépression-état) ou plus tard (anxiété-état, dépression-état). Ces résultats sont conformes à ceux observés dans les recherches précédentes (BRUCHON-SCHWEITZER, 1987⁴⁰⁵; SECCORD et JOURARD, 1953. P. 343-347.⁴⁰⁶).

Dans notre population étudiante (P2 = 556), nous avons également obtenu, après une ACP des réponses aux 19 items de QIC, un seul axe bipolaire de satisfaction/insatisfaction corporelle, dont le pourcentage de variance expliquée s'élève à 31,6 % avec un coefficient de consistance interne lui aussi très satisfaisant ($\alpha = 0,87$).

5- Test du Rorschach : qui nous semble une bonne technique, à travers la variation de ses planches ; il fait ressortir les affects, chocs, ressentis et vécus de l'adolescente anorexique,

⁴⁰⁴ KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M., GELIE-COUSSON, F., GILLIARD, J., et QUINTARD, B. 2001. The Body Image Questionnaire: an extension. *Perceptual & Motor Skills*.

⁴⁰⁵ BRUCHON-SCHWEITZER, M. 1987. Dimensionality of the Body Image Questionnaire. *Perceptual & Motor Skills*, 65, 887-892.

⁴⁰⁶ SECCORD, P. F., & JOURARD, S. M. (1953). The appraisal of Body Cathexis: Body Cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 343-347.

surtout à travers ses planches sexuelles, et maternelle en relation avec notre problématique de recherche.

5-a. L'auteur du test :

RORSCHACH est né en 1884 et est mort en 1922 à 37 ans à Zurich. Fils aîné d'un peintre professeur de dessin. Il a un goût prononcé pour la peinture. Il hésitait entre une carrière médicale et celle d'artiste. Il fit ses études de psychiatre auprès de JUNG et de BLEULER à la clinique de Burgholzi. Il a fait partie de la société de psychanalyse avec FREUD puis devient vice-président de la société suisse de psychanalyse.

Son psychodiagnostic paraît en 1921 et il meurt un an après sa parution. Il a tenté une synthèse de la méthode jungienne de celle de FERNER et de celle de FREUD. Il a également tenté la définition de deux concepts très importants : l'introversion (image intérieure, mouvements, création) et l'extraversion (monde social, extérieur).

5-b. L'administration du test :

Il comporte 10 planches auxquelles le sujet doit trouver une signification. On lui dit une phrase du type « on va vous présenter 10 planches pour lesquelles vous direz tout ce que vous pouvez voir. ». Cette consigne doit être impersonnelle et ne doit pas orienter le sujet.

Il est composé de :

Planches I, IV, V, VI, VII : noires.

Planches II, III : rouges et noires.

Planches VIII, IX, X : colorées.

On demande au sujet de retourner la planche quand il a fini avant de lui tendre la suivante. On lui annonce à l'avant dernière que c'est bientôt fini. Il faut noter la préhension de la planche par le sujet. Il faut également noter toutes les mimiques du corps. Une fois les planches présentées, on revient dessus en demandant au sujet de redonner ses interprétations et on ne garde pour informations que les cas où il répète ce qu'il avait déjà dit. Ou sinon on lui demande ses interprétations à chaque fois qu'il termine la présentation de planche avant de lui passer la suivante.

6- Analyse et interprétation des données.

6. a. Les résultats de l'analyse par thématique

On a choisi de présenter les résultats par thématiques, à savoir :

Comportements enfantins ;

Difficultés à exprimer les émotions ;

Dimension alexithymique ;

Aspect féminité ;

Les liens sociaux ;

- a) Relations avec le père ;
- b) Relation avec la mère ;
- c) Relation avec la fratrie ;
- d) Relations sociales ;

Sexualité ;

Relation avec le corps ;

Nature des fantasmes ;

Mécanismes de défense ;

6. b. Les résultats de l'analyse du test du RORSCHACH

7. La population.

Quant aux cas objet d'étude, nous avons pris tout ce qui se présentait comme sujets anorexiques, de sexe féminin dont l'âge varie de 17 à 22 ans.

Dans la présente étude nous avons travaillé avec six (06) jeunes anorexiques, dont une est hospitalisée au centre hospitalo- universitaire ER-RAZI (service pedo- psychiatrie de ANNABA), deux prisent en charge en ambulatoire par le CMP, une autre par les services de l'hygiène scolaire, et les deux derniers cas ne bénéficient d'aucune prise en charge hospitalière, et nous ont été référées par le réseau des amis.

CADRE PRATIQUE

PRESENTATION DU PREMIER CAS : B. A. R.

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 18 ans.

Profession : étudiante.

Rang dans la fratrie : 1/3 (2filles, 1 garçon).

Poids : 40 Kg. Date de dernière prise de poids : Un mois.

Taille : 1.70 m.

Niveau socio-économique : Assez aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

R.A, âgée de 18 ans, s'est de tout temps acharnée à devenir un être filiforme, à travailler sur son aspect extérieur pour éviter de penser réellement à ses difficultés intérieures. Alors qu'elle n'avait que 06 mois R.A refusait déjà de manger, le mangé était une corvée autant pour elle qu'à sa mère.

Elle ne pèse que 40 kg pour 1.70 m, la jeune fille se voit trop grosse car en pinçant sa peau entre deux doigts, elle voit toujours une couche de graisse (certes infime) et elle se sent dans la contrainte d'éliminer impérativement ce surplus.

Il faut signaler que la patiente était bien habillée et gracieuse mais peu bavarde, elle avait tantôt une position penchée, les bras croisés qui cachaient sa poitrine, tantôt accroupie et ramenait ses jambes vers sa poitrine en les serrant avec les bras ; et ce durant nos trois entretiens.

Cette patiente a été recommandée par l'une de ses amies. Afin d'éviter tout équivoque, nous avons pris le soin de lui expliquer qu'il s'agit d'entretiens qui rentrent dans le cadre de l'établissement d'un mémoire de magister.

Les entretiens que ce soit avec la jeune fille ou bien sa mère, se sont déroulés chez eux, avec une fréquence d'une fois par semaine et ce pour la période d'un mois.

Observations lors des entretiens :

A la lumière des entretiens avec la jeune fille au nombre de trois (03) de une heure et demi à deux heures chacun (1h.30 – 2h.00), et un entretien avec sa mère pour la même durée, on remarque que la jeune fille présentait un état anxieux, rarement détendue, très distante à notre égard, peu communicative, son discours repose essentiellement sur l'image de son corps en l'occurrence sa taille son poids; elle est obsédée par sa pesée ; situation très angoissante pour la mère. La jeune fille est très à l'aise quand elle parle d'autre chose que sa problématique à savoir : son anorexie et son corps qui constitue en fait son univers, ce qui renseigne sur une inhibition voir même une **l'alexithymie**.

De ces entretiens se dégagent les symptômes suivants :

- une maigreur prononcée ;
- Anorexie sélective ;
- Sa principale préoccupation est corporelle, avec une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, un jugement sur soi-même indûment influencé par une perception déformée de la forme et le poids de son corps ;
- Un repli sur soi ;
- Situation conflictuelle avec la mère.
- Il faudrait également ajouter le problème de l'indécidabilité du destin pulsionnel pour le sujet comme caractéristique des effets d'un événement pathogène.

Evénements importants :

- Sevrage brusque vers 6 mois.
- Séparation avec la mère durant la journée dans la même période, due à la reprise de son travail.
- Engagement d'une nourrice « assez sèche » qui représentait un substitut maternel négatif.

1. Comportements enfantins :

La jeune fille aime bien jouer à la poupée sur internet, afin reproduire fantasmatiquement et virtuellement sa relation avec sa mère, D'après P. GUTTON (1973, p. 19)⁴⁰⁷, « *le jeu est une actualisation du fantasme. Satisfaction du désir, le jeu, comme le fantasme qu'il exprime, a pour moteur un désir insatisfait cherchant sa réalisation partielle* ».

Cependant, jouer à la poupée serait une régression avec une reproduction fantasmatique des liens mère/bébé, toute fois, la jeune fille préfère que ce jeu se fasse sur internet, ça nous pousse à réfléchir sur une reproduction du lien mère/ bébé froid et distant. La jeune fille fait une projection d'elle-même sur la poupée, elle essaie à travers ce lien imaginé de retrouver les bénéfiques ses soins primaires.

« J'adore regarder la télévision. Je me connecte sur internet, je m'amuse à jouer sur Internet à travers des jeux d'habillage de poupées et de mode, je fais beaucoup de dessin, mais juste des femmes bien habillée, j'aurai aimé être styliste, et faire habiller les gens, j'adore les dessins de coloriage, c'est les seuls moments ou j'arrive à laisser aller ma pensée, sinon je discute par le biais du MSN, je fais surtout de la danse, c'est pratique pour perdre du poids : c'est mon hobbies, ma pratique préférée «joindre l'utile à l'agréable ». N'est ce pas ? »

2. Difficultés à exprimer les émotions, et dimension alexithymique :

La mère explique la nature de la relation que la nourrice entretenait avec notre cas, et la nature des soins qu'elle lui offrait : « (...) cependant après toute cette période j'étais dans l'obligation de reprendre mon boulot ; donc la sevré vers 6 mois ; et la confié à une nourrice pas tout à fait comme je voulais « elle était un peu sèche » mais je n'avais pas trouvé quelqu'un d'autre(...) », « Dans le sens ou elle était très distante par rapport à ma fille, elle la prenait rarement dans ses bras, quand A.R faisait ses besoins, elle pouvait rester dans les même couches jusqu'à mon arrivée ou dans le meilleur des cas, elle lui changé la couche sans la lavé, mais je n'avais pas quelqu'un d'autre pour la garder à ce moment là. ». Ce vécu provoque chez la jeune fille un sentiment d'abandon et de rejet. Avec un refus d'introjecter et

⁴⁰⁷ GUTTON, P. (1973). *Le jeu chez l'enfant*. Paris : G.R.E.U.P.P., 2003.

valider ce défaut de maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour.

Les vomissements répétés des biberons, hors pathologie somatique avérée, peuvent s'interpréter comme une résistance, un refus, une défense même contre le retrait libidinal maternel. Elle s'est sentie rejetée, non désirée pour elle-même, et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.

Selon les dires de la mère : « (...) *Car elle vomissait le tout sans même avaler, elle garder l'alimentation sur le bout de la langue et elle la rejette aussitôt, elle été suivi par son oncle pédiatre ; elle ne souffrait d'aucune pathologie, (...)* ».

Sa frustration et son impuissance face aux événements ont induit l'inhibition de l'expression de ses émotions. Elle se sentait injustement traitée et rejetée et n'arrivait pas à extérioriser suffisamment sa tristesse face au rejet maternel, ni son agressivité inconsciente envers elle.

Cependant, la posture de la jeune fille indique un repli sur soi, son corps reflète un retrait, un refus de la communication.

« Comment, je ne comprends pas...attends que je réfléchisse...moi ? »

« Moi je ne leur parle pas beaucoup, enfin... c'est ce qu'ils me disent, je leur parais très silencieuse et pas bavarde du tout, on dirait que je suis indifférente à leur égard, quoi... »

« De moi ? Je suis étudiante à l'université, je ne sais pas parler de moi, je ne le fais jamais, je ne sais pas le faire. Si tu veux savoir, je passe inaperçu, de part mon calme tout le monde me dit que je suis trop calme même.»

Les propos de la jeune fille montrent que lorsque la patiente est émue, elle n'arrive pas à trouver les mots pour dire ni nommer ses éprouvés psychiques. Elle ne les a pas appris.

Elle se borne à des récits descriptifs, factuels, où peu de sentiments et d'émotions ne transparaissent et elle s'étonne toujours quand les autres lui renvoient un sentiment. Elle relate l'histoire de sa vie comme s'il s'agissait d'événements qui lui étaient étrangers, à la fois actrice et spectatrice.

3. Une quête de l'amour à travers le symptôme :

La jeune fille essaie de se trouver une place à travers son symptôme, qui est à la fois un moyen pour attirer l'attention de ses parents : *«ils s'adorent, il y'a des moments où je pense qu'ils oublient que je suis là... et que j'existe», « je ne me trouve pas de place dans ce monde, mon corps doit prendre le moins d'espace possible. », « Je ne peux être aimé qu'à travers ma minceur ».*

Elle fait une projection de son vécu intrafamilial sur le monde extérieur. Il n'y a pas de limite entre son imaginaire et le réel, inconsciemment la mère de notre cas étant elle-même narcissique prend sa fille comme rivale, la jeune fille à son tour fait retourner ce même sentiment de rivalité sur la mère et le projette sur toutes les autres femmes, ce sentiment de rivalité explique l'hostilité envers la mère, et lui fait revivre l'œdipe, ce qui signifie que la jeune fille vit une relation incestueuse imaginaire avec son père, mais sachant que c'est interdit, elle évite le regard des autres hommes qui est à son sens envieux et désireux.

« *Ce refus de manger peut également être un moyen pour obtenir de l'attention et provoquer de l'inquiétude dans son environnement familial et social* » (HALMI, 1996, p. 24)⁴⁰⁸. KAPLAN et SADOCK (1994)⁴⁰⁹ mentionnent qu'« *en attirant l'attention sur elles, les jeunes filles anorexiques permettent peut-être à leurs parents de porter moins d'attention à leur relation de couple parfois tendue.* ».

La jeune fille essaie de se trouver une place à travers son symptôme, et l'utilise comme moyen pour attirer l'attention de ses parents.

4. Aspect féminité :

Il faut signaler que la patiente était bien habillée, l'adolescente se montre très coquette et gracieuse, avec sa position penchée, et bras croisés elle cachait sa poitrine, et ramenait ses jambes vers sa poitrine et les serrait avec les bras ; on peut penser que ce geste sera une manière de reconnaître les parties de son corps.

Son idéal serait un corps sans substance, sans épaisseur, sans graisse, voire sans muscle. Les formes féminines, seins et hanches, deviennent autant d'objets de dégoût.

5. Les liens sociaux :

Très attachée à sa famille, l'adolescente lutte contre cette dépendance envers ses proches en tentant de la transférer sur la nourriture, et en même temps de se prouver qu'elle a le plein contrôle de son corps, qui est un signe de manque de confiance en soi.

A. Relations avec le père :

⁴⁰⁸ HALMI, K. 1996. *The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa*. *Psychiatry Research*, 62, p. 23-29.

⁴⁰⁹ KAPLAN, H.I, ET B.J. SADOCK. 1994. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 pages.

La jeune fille semble attachée à son père : « *il est très gentil; il prend soins de nous tous ; il s'occupe de nos études de notre avenir, il fait tout pour nous satisfaire, (...)* », ce qui renseigne sur une reviviscence de l'œdipe. Le père semble assurer le rôle du substitut maternel, faute de l'absence d'une mère suffisamment bonne.

En mettant l'accent sur la notion de **bonheur perdu**, notre cas recherche avant tout, une **sensation première** génératrice d'une **nostalgie** qui la pousse à trouver dans la réalité un objet susceptible d'apporter la satisfaction d'une tension de désir inévitablement incestueuse dans ses origines ; qui est le « père ».

B. Relation avec la mère :

On remarque que tout au long de l'entretien avec la mère, qu'elle ne cessait de parler de la maladie sa fille. Elle dresse un mode d'intervention détaillé des démarches entreprises pour aider la jeune fille, ne cessait de ramener toutes ces démarches à elle et à l'image de la famille. En même temps elle donne l'impression qu'elle parle de son propre corps.

S'agit-il d'une mère narcissique, qui tire profit du symptôme de sa fille pour nourrir son narcissisme ?

La jeune fille manquait de contact corporel : « *Elle (la nourrice) la prenait rarement dans ses bras, quand A.R faisait ses besoins, elle pouvait rester dans les même couches jusqu'à mon arrivée ou dans le meilleur des cas, elle lui changé la couche sans la lavé, mais je n'avais pas quelqu'un d'autre pour la garder à ce moment là.* ».

Il s'agit alors d'un besoin précoce d'union par l'intermédiaire du toucher. Ce qui explique le fait de ramener ses jambes vers sa poitrine. Ce contact corporel (peau à peau) permet normalement à la jeune anorexique de tenter de se mettre en lien par cette modalité du contact physique. Cette carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles entraîne des défaillances dans l'élaboration du moi-peau :

« *Nous avons des besoins alimentaires qui sont normalement assouvis par un contact intime avec notre mère -ou son substitut-. Même si nous ne sommes pas nourris au sein, notre corps a quand même besoin du contact physique pour survivre et se développer* » (Clyde W.FORD, 2002, p, 114)⁴¹⁰.

Le concept de Moi-peau (D. ANZIEU, 1974)⁴¹¹ est particulièrement efficient pour se représenter le point de passage du corporel au psychique, en tant que prémisses d'une enveloppe psychique fondée sur les sensations corporelles de la surface du corps en relation

⁴¹⁰ Clyde W. FORD, 2002 ; *Les cicatrices émotionnelles, guérir des émotions par le corps et le touché*, Guy TREADANIEL EDITEURS, Paris, p.114.

⁴¹¹ D. ANZIEU, 1974, *Le Moi-peau, Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, pp. 195-208.

avec un autre (la mère). Dont notre cas a été privée vu le sevrage et la séparation précoce avec la mère et le remplacement de cette dernière par un substitut –nourrice- très sec et distant voir même froid ce qui a engendrer un traumatisme :

Qui atteint l'image de soi, dans un moment, où la survie physique est en jeu pour le développement structurel du psychisme où les pulsions d'autoconservation et le narcissisme sont en jeu.

« (...) cependant après toute cette période j'étais dans l'obligation de reprendre mon boudoir ; donc la sevré vers 6 mois ; et la confié à une nourrice pas tout à fait comme je voulais « elle était un peu sèche » mais je n'avais pas trouvé quelqu'un d'autre(...) », « Dans le sens ou elle était très distante par rapport à ma fille, elle la prenait rarement dans ses bras, quand A.R faisait ses besoins, elle pouvait rester dans les même couches jusqu'à mon arrivée ou dans le meilleur des cas, elle lui changé la couche sans la lavé, mais je n'avais pas quelqu'un d'autre pour la garder à ce moment là. ».

A travers cette évènement la jeune fille s'est sentit affectivement abandonnée, ce qui génère chez l'enfant une intense disqualification et indicible déception qui la renferme dans une douloureuse solitude affective. Elle grandit dans cette absence d'étayage corporel maternel, ce défaut du pare- excitation liant et contenant, dont les conséquences visibles aujourd'hui sont une constitution défaillante de ses assises narcissiques.

Ainsi, la patiente, n'a pu acquérir la représentation d'une mère interne « suffisamment bonne»⁴¹², laquelle normalement aurait dû lui donner la capacité de s'identifier à elle, afin de supporter ses états de souffrance psychique.

« Ma fille, a toujours refusé de manger, après avoir été sevré, elle refusait de prendre le biberon (qu'elle n'a jamais prise auparavant) même l'eau elle la prenait à la cuillère, au moment du mangé j'étais dans l'obligation de mettre une camisole pour éviter de me salir dit elle; car elle vomissait le tout sans même avaler, elle garder l'alimentation sur le bout de la langue et elle la rejette aussitôt, » explique la mère.

Ces vomissements, s'expliquent probablement dans un mouvement d'incorporation, une tentative d'absorber l'objet avant de le rejeter. Ces épisodes comportent une dimension identificatoire visible dans la répétition du comportement, mais témoignent de son échec d'identification. Ils constituent **une solution psychique et comportementale face à l'impossibilité d'une relation satisfaisante à l'objet.**

⁴¹² WINNICOTT, D.W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot

Aussi, la jeune fille refuse de manger et la mère refuse que sa fille soit maigre d'autre part, a engendré des relations conflictuelles voir d'opposition et de rivalité entre la mère et la jeune fille : « *surtout quand c'est maman qui me le demande* ».

« *Même ma mère est gentille mais on se dispute tout le temps, pour un oui, pour un non surtout quand je ne fait pas mes devoirs quand elle le décide ou quand je ne l'aide pas dans les tâches ménagères, elle ne veut pas comprendre que je ne suis plus cette petite fille qui doit obéir au doigt et à l'œil... Elle se croit parfaite... (...)* »

Dans cette attitude, il nous semble comprendre que c'est tout un processus d'identification qui se joue. La haïr serait se haïr, l'abîmer serait s'abîmer et donc, la réparer serait peut-être se réparer aussi ?

Il s'agit d'une problématique d'individuation.

D'après Pierre BOQUEL (SAMY Ali, 2003, p. 36-37)⁴¹³ : « *Soit le cas n'existe pas dans une relation affective maternelle, soit elle existe mais pas pour ce qu'elle est : elle existe entant que femme qu'elle n'est pas encore de plus comme une femme rivale de la mère projetée dans une proximité fantasmatique avec le père. Très tôt, la patiente est positionnée dans une relation conflictuelle dangereuse débouchant sur un sentiment d'humiliation*

Cette situation est responsable d'une attitude ambivalente chez l'enfant : la patiente adopte l'attitude paradoxale de sa mère, seule possibilité devant une telle situation. Enfant, elle devient la femme jalouse de la mère ».

Elle se sent injustement traitée et rejetée et n'arrive pas à extérioriser suffisamment sa tristesse face au rejet maternel, ni son agressivité inconsciente envers elle.

A partir de ces éléments on peut dégager la problématique suivante :

Une fixation dans la dyade objectale.

B.1. Le regard maternel :

Indisponible affectueusement, le regard maternel se détourne et refuse de la reconnaître, la privant de l'assurance d'exister à part entière et d'être importante pour l'autre. Celle-ci ne peut lui offrir le « *holding* »⁴¹⁴ nécessaire à la construction d'un Self suffisamment solide à l'origine du sentiment d'exister et à la connaissance progressive du monde à travers les

⁴¹³ Pierre BOQUEL in, SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.36-37.

⁴¹⁴ WINNICOTT. D. W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

échanges sensoriels et nutritionnels qui impliquent une possibilité minimale de s'identifier à son enfant et grâce à la « *concordance affective* » (D. STERN, 1983)⁴¹⁵ qui s'établit entre eux. A la faveur de l'échange des regards et de la relation intersubjective qui s'élabore entre les deux partenaires, notre cas, n'a pu accéder graduellement à la conscience de soi, tandis que le visage et les yeux de sa mère constituent normalement pour elle, par les sentiments qu'ils expriment, le premier miroir (D.W. WINNICOTT, 1971)⁴¹⁶. En se sentant aimé l'enfant prend peu à peu conscience de la valeur qu'il a pour autrui. La carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles entraîne des défaillances dans l'élaboration du moi-peau (ANZIEU, D. 1985)⁴¹⁷ et un dysfonctionnement des fonctions pare excitation et de contenant psychique.

A.R, grandit dans cette absence d'étayage corporel maternel, ce défaut du pare-excitation liant et contenant, dont les conséquences visibles aujourd'hui sont une constitution défaillante de ses assises narcissiques ; empêchant A. R, d'éprouver la séduction narcissique maternelle nécessaire à l'investissement de soi, et le fantasme de toute puissance mégalomane qui assure les bases de bonnes assises narcissiques à tout individu.

À son tour, dans un refus d'introjecter et valider ce défaut de maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour.

Les vomissements répétés des biberons, hors pathologie somatique avérée, peuvent s'interpréter comme une résistance, un refus, une défense même contre le retrait libidinal maternel. Elle s'est sentie rejetée, non désirée pour elle-même, et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.

Le remaniement de la personnalité qui accompagne la période de l'adolescence dans notre cas provoque la reviviscence de l'œdipe et la réactivation de **zone orale** avec sa **dimension sadomasochiste**, vu l'association de l'alimentation symbole oral avec le bien être.

C'est ainsi que notre cas, a commencé à ressentir des sentiments de culpabilité et à se soucier de son agressivité qui se dirige vers sa mère, parce qu'elle l'aime et qu'elle ne la satisfait pas pleinement (D.W. WINNICOTT, 1957)⁴¹⁸.

C. Relation avec la fratrie :

⁴¹⁵ STERN, Daniel (U.S.A.), a développé le concept d'« accord », entre la mère et le bébé, au Deuxième Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson présidé par Serge LEBOVICI (Cannes, 1983).

⁴¹⁶D.W. WINNICOTT, 1971, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris

⁴¹⁷ ANZIEU, D. 1985, *Le moi-Peau*, Paris, DUNOD.

⁴¹⁸ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

La jeune fille a toujours eu de bonnes relations avec sa sœur qui est pour elle une des personnes à qui elle peut se confier en toute liberté et elles ont toujours eu une relation très agréable. A. R aime beaucoup sa sœur et est contente de l'avoir eu toute sa vie, par contre, elle pense que son frère est casse tête c'est pour ça qu'elle évite de développer sa relation avec lui, peut être parce qu'elle refuse l'aspect enfantin qu'elle incarne et désire tant retrouver.

D. Relations sociales :

La jeune fille ne parle pas beaucoup de ses relations sociales, cependant, elle parle vaguement de deux de ses camarades, pour signaler son calme, ce qui laisse présager des relations sociales limitées.

« Des amis... je n'en ai pas, j'ai seulement des camarades, et encore, je ne parle qu'à deux copines, c'est tout, je n'aime pas avoir beaucoup de fréquentations ça ne m'amène à rien, c'est inutile, la chose qui ne mène nulle part je l'évite et je ne la fais pas, c'est de la perte de temps et de l'énergie. (...) »

E. Relation avec l'enseignante :

« Mais par contre je garde un très bon lien avec mon enseignante de français au CEM, je l'adorais, j'avais de très très bons rapport avec elle, quand je n'avais pas cours ; j'allais assister à ses cours avec les autres classes, peu m'importait le niveau des classes l'essentiel pour moi était d'être proche d'elle, même elle m'aimait beaucoup, en rentrait ensemble, on a garder le lien jusqu'à présent, maintenant elle vient même chez nous ; elle est devenue une amie à la famille, elle a pratiquement le même âge que ma mère c'est pour ça qu'elles sont devenues amies, ça me plais qu'elle vient chez nous. »

Il s'agit bien d'un mode d'investissement relationnel auprès de l'enseignante qui semble revêtir un aspect transférentiel, dans le sens où ces relations exclusives lui permettent de revivre une régression à l'objet d'amour premier. Cette enseignante représente pour elle, tel l'objet maternel du narcissisme primaire, une personne apte à s'identifier et à répondre à ses besoins primaires de survie. *« C'est dans le contexte de ce mouvement régressif particulier que la plainte a sa raison d'être, dans le sens où ses besoins ne sont pas comblés de façon magique, tel qu'elle peut l'espérer inconsciemment. »* (JACOBI, 1998)⁴¹⁹.

6. Sexualité :

⁴¹⁹ JACOBI, B. 1998. *Les mots et la plainte*. Editions ERES.

« Je me fais vomir car je me sens **pleine** et lourde » la patiente utilise une dimension symbolique qui renvoie à un état de grossesse, « Si tu veux savoir, si j'avais la possibilité de changer quelque chose dans mon corps ça serai de tailler mes hanches; les faire disparaître complètement. Je pense que c'est ce qui attire le plus. Même mes seins si j'avais la possibilité de les enlever je le ferais, (...) ».

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez la patiente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion, de la chair. Par le refus de s'abandonner à l'expérience génitale, l'anorexique fait violence au désir de proximité qui, parce que passant par le corps, rappelle le manque, le vide, l'absence, le creux, ou parallèlement l'envahissement, l'étouffement, la peur de ne plus exister au profil du désir de l'autre.

Chez notre anorexique existe d'une manière presque indénouable, **l'angoisse du plein**, l'angoisse mortelle d'être **remplie**, tant du point de vue oral que génitale. Le vide est intensément recherché pour l'exaltation qu'il procure car il libère l'esprit de son aliénation corporelle.

N'y aurait-il pas lieu de penser que sous-jacente à cette angoisse du plein, réside la peur fondamentale d'être, de vivre, d'exister.

Dans cette perspective, notre anorexique, la sexualité a une consonance plutôt péjorative : elle est sale, dégoûtante, odieuse.

A travers toutes ces données, le sujet fait une projection de la scène primitive sur sa relation avec son copain.

« En général la femme n'est perçue qu'à travers la sexualité, c'est pour ça que j'évite le regard des autres, je n'aime pas qu'ils me regardent spécialement les hommes, je sens dans leur regard un désir une envie et ça me fait peur » ;

« Je n'ai jamais eu de relations sexuelles ni avec lui ni avec quelqu'un d'autre, je me refuse l'impureté, je trouve que c'est souillant. »

7. Relation avec le corps :

Elle avait tantôt une position penchée, les bras croisés qui cachait sa poitrine, tantôt accroupie elle ramenait ses jambes vers sa poitrine et les serrait avec les bras ; et ce durant l'ensemble des entretiens.

L'adolescente a une image de son corps complètement déformée : prise par la terreur de grossir, elle se voit un corps énorme, alors même qu'elle est d'une maigreur anormale. Son

idéal serait un corps sans substance, sans épaisseur, sans graisse, voire sans muscle. Les formes féminines, seins et hanches, deviennent autant d'objets de dégoût.

Cette jeune anorexique est souvent caractérisée par une insatisfaction corporelle marquée et constante. Pour les personnes atteintes d'anorexie, la réussite, le contrôle et tout le reste passent par l'image corporelle. Celle-ci est la base de tout ce qui est entrepris alors si l'image corporelle de la personne n'est pas à son goût, rien ne va plus. C'est ce qui arrive chez notre cas qui ne se croit pas attirante sexuellement parce qu'elle n'est pas mince comme elle voudrait l'être.

Cependant, cette jeune adolescente, dans un mouvement contradictoire entre la peur d'être regardé et une coquetterie manifeste, c'est d'abord la vision qu'elle nous propose du fond de son univers inséparable d'une certaine équivoque qui la fait hésiter entre l'être et le paraître ; elle va **aliéner le corps à son image, où l'art de plaire recouvrait un désir profond d'être vue, faute de l'avoir été suffisamment quand elle était enfant.**

D'une part il semble que le souci de l'apparence corporelle soit la seule issue qui permet à notre cas, fracassé de rêves d'échapper au vide existentiel.

« Moi, je veux être aimé de tous et en permanence, hélas ce n'est pas possible je ne peux être aimable qu'en fonction de ma minceur et ça me donne l'envie de mourir. » ;

« Il y'a beaucoup de choses à dire... rien n'est plus comme avant, ni moi, ni ma façon d'être, même mon corps a changé, je ne le reconnais plus, je ne me reconnais plus, quand je me vois dans une glace ; j'ai l'impression de voire quelqu'un d'autre que moi, rien ne va plus, » ;

« Je ne me sens pas bien dans ce corps, et ça me bloque énormément, je me sens frustré ; déçu par mon enveloppe. Je lutte contre ce corps, il est synonyme de souffrance à mes yeux, j'ai un sentiment de vide, d'angoisse et d'insécurité par rapport à mon corps j'ai peur qu'il m'attire des ennuis ».

Et d'autre part, à la puberté, le corps sépare les adolescents de leur famille, cependant notre cas avait perçu la moquerie et la honte, à une période où elle avait besoin d'être soutenue dans sa confiance en elle, pour elle ces changements n'étaient pas valorisants.

« Il y'a des moments où je pense qu'ils oublient que je suis là et que j'existe. Je ne me trouve pas ma place dans ce monde ; mon corps doit prendre le moins d'espace possible ».

« Si j'avais la possibilité de changer quelque chose dans mon corps ça serai de tailler mes hanches; les faire disparaître complètement. Je pense que c'est ce qui attire le plus. Même mes seins si j'avais la possibilité de les enlever je le ferais, j'ai une énorme poitrine par rapport à ma taille et à mon âge; quand j'étais un peu plus jeune et quand je commençais à peine à avoir une poitrine, mes camarades de classes commençaient à se moquer de moi car j'étais plus précoce que les autres filles, même à la maison tout le monde se moquait de moi et me faisait des remarques, j'avais très honte, je voulais les faire disparaître... Je commençais alors à faire rentrer ma poitrine et à arrondir mes épaules par espoir de cacher tous ces changements et de passer inaperçu et surtout échapper à tout type de remarques désagréables. »

Cette jeune anorexique se voit trop grosse. Ce jeu mortifère du miroir ne revoit-il pas aussi Il s'agit d'une nostalgie du corps enfantin. *« Moi, je veux être aimé de tous et en permanence, hélas ce n'est pas possible je ne peux être aimable qu'en fonction de ma minceur et ca me donne l'envie de mourir. » :*

« Il y'a beaucoup de choses à dire... rien n'est plus comme avant, ni moi, ni ma façon d'être, même mon corps a changé, je ne le reconnais plus, je ne me reconnais plus, quand je me vois dans une glace ; j'ai l'impression de voire quelqu'un d'autre que moi, rien ne va plus, ». Elle a l'impression que le temps défile très vite, mais que les choses stagnent pour elle, ce qui frustre l'exigence de ces instances idéales. Ainsi, à la place d'accepter sa condition de dépendance présente, dans son mouvement régressif, répondre par la plainte revient à crier sa nostalgie à l'égard des expériences heureuses du narcissisme primaire, dans le couple indifférencié mère-soi. Il s'agit d'un désir de régression à la dépendance maternelle.

8. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin, kleptomanie. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**,

9. La vie Fantasmatique :

A. La destruction :

On constate un appauvrissement de la vie fantasmatique, la jeune fille semble être concentrée sur une seule réalité « *son corps* », on remarque la pulsion de destruction et de mort à travers l'expression du désir de mort mentionné à plusieurs reprises « *je me tue si un jour je sens une faiblesse vis-à-vis d'un garçon* » ;

«Moi, je veux être aimé de tous et en permanence, hélas ce n'est pas possible je ne peux être aimable qu'en fonction de ma minceur et ca me donne l'envie de mourir... » ;

Sa peur de ne pas être aimé peut venir du fait qu'elle ait ces sentiments agressifs en elle. Est-ce qu'elle peut être aimée en ne maîtrisant pas ses sentiments destructeurs qui font du mal à son corps ?

«(...) Mon corps doit prendre le moins d'espace possible parce que je ne trouve pas ma place dans ce monde. » .

Le cas, ne rêve pas pour le moment, ce qui renforce le refoulement de l'imaginaire. Son discours résigné semble sans affect comme si elle parlait de quelqu'un d'autre. Mais sa résignation ne cache pas son désespoir qui lui semble sans issues.

B. Fantôme de l'autonomie :

Françoise VERMEYLEN (in SAMY Ali, 2003, p.182)⁴²⁰. Explique qu'« *il s'agit d'un double narcissique : l'angoisse qu'à ressenti (...), dès qu'elle eut affirmé : montre qu'elle vit intensément la mise en scène de son fantasme d'autonomie, mais l'angoisse montre la frustration liée à la séparation : le réel lui revient en pleine figure et les conséquences de son acte la font trembler.*

L'autonomie ce n'est pas encore cela, nous n'occupons pas de places identiques et le décalage entre le désir (d'autonomie) et la réalité s'installe.

L'imaginaire du cas lui a fait penser qu'elle pourrait s'assumer seule.

Par l'intermédiaire de son corps, le cas veut retourner l'image d'une plénitude narcissique: « je n'ai besoin de personne » mais cela ne dure pas. L'angoisse ressurgit (Fantôme d'autosuffisance).

⁴²⁰Françoise VERMEYLEN in SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.182

« *L'espace réel, Pour elle, ne se différencie pas de l'imaginaire* » (in SAMY Ali, 2003, p.184)⁴²¹, dans le sens où la perception se confond avec le désir dans cette façon de vivre la réalité.

C. Fantômes de transgression de l'inceste :

Dès lors, il y a un risque que l'objet le soit aussi. Le type d'angoisse que la quête de l'objet éveille est autant **l'angoisse de castration**, dont on sait qu'elle est étroitement imbriquée avec la résolution du conflit œdipien, que l'angoisse primordiale de la séparation et du sevrage, elle-même en rapport étroit avec l'angoisse de dépersonnalisation et de morcellement.

Ce n'est sans doute pas un hasard si, après avoir pointé la perte de l'objet, FREUD évoque l'angoisse la plus primitive:

*« L'angoisse chez les enfants n'est à l'origine pas autre chose qu'un sentiment d'absence de la personne aimée. C'est pourquoi ils s'approchent de tout étranger avec peur... »*⁴²²

Il est remarquable que FREUD évoque ici cette angoisse que René SPITZ appellera plus tard **l'angoisse devant l'étranger** ou angoisse du huitième mois, qui correspond justement au moment où l'enfant, devenu capable de réaliser que sa mère correspond à "une représentation globale" perçue comme ne faisant pas partie de lui, s'accroche anxieusement à cette mère devenue tout-à-coup quelqu'un qu'il pourrait perdre, cependant que dans le même temps, il projette massivement cette menace de la perte dans l'étranger, c'est-à-dire dans tout ce qui n'est pas la mère, et qui peut éventuellement être le père, et devenir ainsi le précurseur du futur père castrateur du temps de l'Oedipe.

Le **retour de l'angoisse de séparation et de la perte de l'objet d'amour**, pendant toute l'adolescence, atteint une telle intensité qu'on a pu dire que souvent, le clinicien a moins affaire à un « retour de l'oedipe » qu'à un « recours à l'oedipe »⁴²³, comme si beaucoup d'adolescents utilisaient la dramatique œdipienne pour se défendre d'un plongeon dans le monde des angoisses archaïques de fusion et de morcellement.

On pourrait dire, pour résumer, que le drame se joue essentiellement entre le désir incestueux qui voudrait faire fi de la barrière des représentations, et le désir œdipien qui passe

⁴²¹ Idem, p. 184.

⁴²² FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard Idées, 1966, p. 135.

⁴²³ ROUSSEAU Jacqueline et ISRAËL Paul. 1968. *Jalons pour une étude métapsychologique de l'adolescence*. *L'Inconscient*, 6, p. 105-115.

par les transformations représentatives du désir, par le biais de ses multiples déplacements, et fonctionne de ce chef comme "**néгатif de l'inceste**" (P.C.RACAMIER)⁴²⁴.

D. Fantasme de la séduction :

« Imagine que je sois agressé ou que je ne plaise pas ou que les autres femmes soient jalouses de moi ? ».

« C'est pour ça que j'évite le regard des autres, je n'aime pas qu'ils me regardent spécialement les hommes, je sens dans leur regard un désir une envie et ça me fait peur, imagine qu'un jour un homme m'attaque, me viole... je mourrai avant qu'il me touche, tu imagines un peu tout ça ? Ca m'effraie énormément. »

« J'aurai l'impression qu'ils me déshabillent des yeux. »

E. Fantasme sadomasochiste :

Le sentiment de culpabilité éprouvé après une agressivité à l'égard de la mère dénote d'un **masochisme moral** où le sujet aimé-haï disparaît pour laisser place à l'investissement de la souffrance pour ROSENBERG (citer par CORCOS, M.2000. P. 86)⁴²⁵ il *« présente l'apparence d'une culpabilité se fondant sur un surmoi impersonnel et déssexualisé alors qu'il s'agit du désir de punition sexualisé, de satisfaction masochiste. On peut dire que si le masochisme moral garde l'apparence de la culpabilité avec une réalité de satisfaction masochiste, c'est pour garder l'apparence de névrose avec une pratique perverse cachée... ».*

E.1. Tentative de contrôle sadomasochiste :

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Sa nourrice qui est venue supplée à sa mère n'a pu tenir ce rôle. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme

⁴²⁴ RACAMIER Paul-Claude. *L'intrapsychique, l'interactif et le changement à l'adolescence et dans la psychose*. In "Psychanalyse, adolescence et psychose", pp. 141-152, Paris, Payot, 1986.

⁴²⁵ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86.

dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

Aussi la jeune fille ne se trouvait pas de place pour elle au sein de la famille, dans un tel contexte, on ne s'étonnera pas qu'elle refuse obstinément de s'alimenter, prouvant par la même sa résistance et sa volonté de vivre, en faveur donc plus d'une pulsion de vie, que d'une pulsion de mort. Il ne s'agit pas de « se laisser aller » pour mourir, mais bien de résister à une torture insupportable.

Par ailleurs, elle ne se résout pas malgré tout à rejeter sa mère, dont elle reste fantasmatiquement très dépendante, et elle déplace son rejet sur la nourriture qui la symbolise.

Elle éprouve à son égard des sentiments clivés d'amour et d'agressivité très culpabilisés, agressivité qu'elle retourne contre elle-même sous une forme masochiste. La jeune fille ne ressent pas son corps comme lui appartenant et se vit comme un objet de complétude narcissique d'une mère omnipotente dont elle reste soumise, la haine envers le corps et envers la mère se confondant.

E.2. Les vomissements :

La mère explique : *« Ma fille, a toujours refusé de manger, après avoir été sevré, elle refusait de prendre le biberon (qu'elle n'a jamais prise auparavant) même l'eau elle la prenait à la cuillère, au moment du mangé j'étais dans l'obligation de mettre une camisole pour éviter de me salir dit elle; car elle vomissait le tout sans même avaler, elle garder l'alimentation sur le bout de la langue et elle la rejette aussitôt, ».*

La jeune fille, dans un refus d'introjecter et valider ce défaut du maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour.

Les vomissements répétés des biberons, hors pathologie somatique avérée, peuvent s'interpréter comme une résistance, un refus, une défense même contre le retrait libidinal maternel. Elle s'est sentie rejetée, non désirée pour elle-même, et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.

Ces vomissements, s'expliquent probablement dans un mouvement d'incorporation, une tentative d'absorber l'objet avant de le rejeter. Ces épisodes comportent une dimension identificatoire visible dans la répétition du comportement, mais témoignent de son échec d'identification. Ils constituent **une solution psychique et comportementale face à l'impossibilité d'une relation satisfaisante à l'objet.**

F. Fantasme de la jeunesse éternelle :

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

10. Mécanismes de défense :

A. La régression qui se fait remarquer à travers les jeux préférés « (...) *je m'amuse à jouer sur Internet à travers des jeux d'habillage de poupées et de mode, je fais beaucoup de dessin, mais juste des femmes bien habillée, j'aurai aimée être styliste, et faire habiller les gens, j'adore les dessins de coloriage, c'est les seuls moments ou j'arrive à laisser aller ma pensée (...).* ».

Le coloriage chez A. R semble recouvrir davantage une activité "pré- créative", du fait de l'apaisement que lui procure cette activité dans son action défensive anti-dépressive (combler le manque par le remplissage), lui permettant ainsi d'être seule avec ses pensées en présence de l'objet.

L'impossibilité à créer une aire d'illusion au sein des activités créatrices, ainsi que l'usage du coloriage, moment privilégié qui permet de relancer une activité fantasmatique difficile, me paraît rendre compte d'une fixation aux enjeux propres à « *la position dépressive* » (WINNICOT, 1969, P. 231-249)⁴²⁶ causée par un défaut d'intériorisation de l'objet d'amour.

Par ailleurs sa relation avec l'enseignante semble bien revêtir un aspect transférentiel, dans le sens où ça lui permet de revivre une régression à l'objet d'amour premier. Ce qui exprime une nostalgie de la relation maternelle archaïque et fusionnelle, cependant elle cherche l'image de la mère sécurisante. C'est dans le contexte de ce mouvement régressif particulier que la plainte a sa raison d'être, dans le sens où ses besoins ne sont pas comblés de façon magique, tel qu'elle peut l'espérer inconsciemment. (JACOBI, 1998)⁴²⁷.

B. Identification :

L'adolescente manifeste une opposition à sa mère ; Ce qui laisse entendre un conflit interne entre son besoin d'émancipation à l'emprise parentale et sa nécessité, pour cela, de s'identifier aux attentes maternelles. On peut se demander ainsi, si le symptôme de S, ne répond pas à un besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour

⁴²⁶WINNICOTT, D. W. (1954-1955). La position dépressive dans le développement affectif normal. . *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, 231-249.

⁴²⁷JACOBI, B. 1998. *Les mots et la plainte*. Editions ERES.

tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante (JEAMMET, 1990, p. 38.)⁴²⁸.

Toute fois une relation assez solide avec son enseignante s'est établie, cette dernière représente pour l'adolescente le substitut maternel à qui on peut s'identifier.

B. 1. Echech de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère- fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

C. la projection/ Introjection :

Par ailleurs, l'adolescente, ne peut faire de distinction entre ses limites existentielles et celles des autres, du moment, qu'elle fait une introjection d'une scène de baisers que cette même camarade subit, pour ensuite projeter la scène primitive sur cette scène vécu, et qu'elle interprète comme acte sexuel génital et un viol.

La subjectivité est médiatisée par le corps propre qui constitue en se projetant un espace, un temps, un objet. La projection n'est plus un mécanisme de défense, mais coïncide avec l'imaginaire en tant que création d'une réalité précédemment abolie. « *En ce sens, la projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui. Elle devient ainsi synonyme de l'imaginaire, (...)* » (Sami- Ali, 1990, p. 137)⁴²⁹

Toutefois, la rivalité qu'éprouve A. R par rapport à sa mère lui permet de **projeter** tout ce qui est mauvais sur elle, pour garder la bonne mère en utilisant comme moyen **l'introjection**.

L'enseignante représente pour la jeune fille, tel l'objet maternel du narcissisme primaire, une personne apte à s'identifier et à répondre à ses besoins primaires de survie. C'est dans le contexte de ce mouvement régressif particulier que la plainte a sa raison d'être, dans le sens où ses besoins ne sont pas comblés de façon magique, tel qu'elle peut l'espérer inconsciemment. (JACOBI, 1998)⁴³⁰.

⁴²⁸ JEAMMET, P. 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

⁴²⁹ SAMI ALI, 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. P. 137.

⁴³⁰ JACOBI, B. 1998. *Les mots et la plainte*. Editions ERES.

On repère qu'entre la mère et sa fille la pulsion d'agression vise la domination de l'autre. Cependant, l'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image **introjectée**, le conflit mère/ adolescente a été **déplacer** sur le corps de la jeune fille.

D. Un déni que ce soit d'un poids corporel anormalement bas et de ses conséquences.

E. La sublimation : qui s'interprète à travers l'intérêt porté aux études.

F. Déplacement de l'investissement pulsionnel vers la nourriture. Et de ses préoccupations corporelles sur sa vie estudiantine. On repère qu'entre la mère et sa fille la pulsion d'agression vise la domination de l'autre. Cependant, l'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image **introjectée**, le conflit mère/ adolescente a été **déplacer** sur le corps de la jeune fille.

On repère chez A. R, une hostilité dirigée vers l'agent frustrant : elle se met en colère contre sa mère qui préfère son frère. Cette hostilité est également déplacée sur un substitut ; ne pouvant attaquer sa mère, elle s'en prend à plus faible, son frère. Elle déplace son affection pour son père sur son copain.

G . Rationalisation, remarquée à travers le manque d'investissement dans les relations sociales et le contrôle de la vie affective d'une part, et d'autre part par le fait de ne vouloir perdre son temps et son énergie :

« (...), je n'aime pas avoir beaucoup e fréquentations ça ne m'amène à rien, c'est inutile, la chose qui ne mène nulle part je l'évite et je ne la fais pas, c'est de la perte de temps et de l'énergie. ».

H. L'ascétisme :

Les conduites d'ascétisme permettent de dénier les besoins corporels ainsi que la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

I. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un

retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

J. Refoulement :

Le cas, ne rêve pas pour le moment, ce qui renforce le refoulement de l'imaginaire. Son discours résigné semble sans affect comme si elle parlait de quelqu'un d'autre. Mais sa résignation ne cache pas son désespoir qui lui semble sans issues.

K. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement **excorporé** par les vomissements.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

L. Clivage du moi

Notre cas prend conscience de son agressivité et fait part, au cours des entretiens, de son sentiment de responsabilité et de culpabilité. D'après S. FREUD, une des deux parties du moi qui exerce une activité si cruelle inclut la conscience, instance critique dans le moi, appelée « idéal du moi » (FREUD, S. 1921. 117-217.)⁴³¹.

D'après D.W. Winnicott, « *le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel qui permet le maintien d'une bonne représentation de l'objet en même temps que l'idée de sa destruction* » (WINNICOTT, 1984, p.40)⁴³².

⁴³¹ FREUD, S. 1921. Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

⁴³² WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004. p.40

Conclusion :

A partir des données recueillies, on constate que la jeune anorectique utilise son symptôme comme moyen pour attirer l'attention de ses parents.

Sa maigreur est d'une part le témoin de la privation ; elle lui permet d'autre part de s'effacer, de se dérober au regard concupiscent de l'autre sexe, de préserver son corps. Cette remarque pourra sembler paradoxale et pourtant, dans l'anorexie, la préservation de l'intégrité du corps joue un rôle important. En refusant à son corps la nourriture indispensable à la vie, la jeune anorexique tente de trouver un espace dans lequel elle pourra être désirée.

La maigreur devient l'objet d'une véritable quête, la recherche d'une perfection (image d'une unité première, présentée souvent comme l'innocence, le paradis perdu à reconquérir par la maîtrise du corps) ; qui associe à la recherche de l'origine, la tentative désespérée de trouver le lieu d'où pourra advenir la parole: « *la « parole parlante d'un Je », et non (...) la parole parlée du « on » de l'institution* », comme l'explique Marc- Alain OUAKNIN.(1994, p. 24)⁴³³

A la recherche de la minceur (corps phallique), en passant par les régimes de famine, la marche ou encore la danse, la jeune anorexique doute secrètement de son identité sexuelle en dépit de cette coquetterie apparente qui, souvent, la caractérise. Il y a toujours dans son corps quelque chose qui ne va pas : nez, oreilles, poitrine, jambes... Un manque, un défaut. Et le narcissisme blessé s'achève lamentablement dans le nombrilisme: « *je n'ai pas de place.* ».

Pourtant, dans cette envie d'anéantissement, on peut voir une espérance de ressourcement. Voie régressive qui conduit de la multiplicité à l'unité: le moi réintégré dans le tout, le tout réintégré dans le moi. Nostalgie de l'unité, laquelle est sans doute la véritable motivation de toute anorexique.

Les informations recueillies auprès de la mère de A. R, rendent compte d'une défaillance de l'environnement, ce qui a pu peut être « *entraîner un blocage du processus de maturation* » (D. W. WINNICOTT, 1971)⁴³⁴ et l'apparition de son anorexie. Les vomissements répétés que notre cas présente hors pathologie somatique peuvent rendre compte d'un refus ou même d'une défense contre le retrait libidinal maternel, ils reflètent un aller et retour entre l'incorporation, comme tentative de contenir l'objet et l'exporation de ce même objet. Ainsi, cette méthode de contrôle de poids serait également considérée comme mécanisme de défense contre l'émergence dépressive, ils seraient en réalité une stratégie de contrôle du premier objet d'amour « l'objet maternel ».

⁴³³M. A. OUAKNIN, *Bibliothérapie. Lire, c'est guérir*, Paris, Seuil, Mars 1994, p. 24.

⁴³⁴WINNICOTT, D. W. (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris : Gallimard, 1979.

Ce comportement témoigne d'un échec de l'identification primaire suite à une relation insatisfaisante à l'objet. Qui peut être à l'origine d'une fixation pré-génital orale sadique et anale. Cependant un premier processus anorexique s'installe précocement, dans le but d'une reconnaissance de son individualité.

Sa conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

Cependant, cette absence d'étayage corporel maternel a engendré une distorsion précoce de ces premiers échanges et ruptures, un sentiment de privation et d'incomplétude, A. R n'a pu accéder graduellement à la conscience de soi, « *En se sentant aimé l'enfant prend peu à peu conscience de la valeur qu'il a pour autrui. La carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles entraîne des défaillances dans l'élaboration du moi peau* » (ANZIEU, D. 1985)⁴³⁵.

Il s'agit cependant d'une problématique d'individuation.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁴³⁶, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère- enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. Vu la carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles, ce qui a entraîné des défaillances dans l'élaboration du moi- peau :

« *Nous avons des besoins alimentaires qui sont normalement assouvis par un contact intime avec notre mère -ou son substitut-. Même si nous ne sommes pas nourris au sein, notre corps a quand même besoin du contact physique pour survivre et se développer* » (Clyde W. FORD, 2002, p, 114)⁴³⁷.

La patiente montre un sentiment paradoxal à l'égard de sa mère, il s'agit d'une pulsion d'agression qui vise l'affirmation et la domination de l'autre (la mère), d'une part, on peut dire que l'agressivité que notre cas montre est une relation d'objet dans laquelle les sentiments hostiles sont un signe d'attachement affectif envers la mère, ce qui nous rappelle les idées de S.

⁴³⁵ ANZIEU, D. 1985, *Le moi- Peau*, Paris, DUNOD.

⁴³⁶ SELVINI- PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

⁴³⁷ Clyde W. FORD, 2002 ; *Les cicatrices émotionnelles, guérir des émotions par le corps et le touché*, Guy TREADANIEL EDITEURS, Paris, p.114.

FREUD (1981.PP. 117-217)⁴³⁸ à propos de conduites « agressives » qui seraient en rapport avec les pulsions du moi visant à l'affirmation du moi, à la volonté de puissance. Et d'autre part c'est un moyen pour attirer l'attention de cette dernière.

Aussi, il est important de signaler que le sentiment et la peur d'être abandonnée « *l'angoisse de séparation* » dominant chez A. R. L'expérience du sevrage précoce survit indéfiniment en tant que perte d'objet et première blessure narcissique, tout deuil, toute séparation, toute perte ou rupture ultérieure va réactiver ce traumatisme ; le sevrage est alors, « *point de fixation-régression autour duquel oscille toute la psyché.* » (Pierre AIMEZ. 1979. P.101.)⁴³⁹ ; majoré d'un substitut maternel négatif. L'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image introjectée. Le conflit mère/ adolescente a été déplacé sur le corps de la jeune fille.

Pour la jeune adolescente, toute fonction corporelle apparaît comme sale, impure ; d'où l'interdiction de manger. Cependant, dans un mouvement contradictoire entre le peur d'être regardée et une coquetterie manifeste, l'adolescente montre une certaine hésitation entre l'être et le paraître, elle va **aliéner le corps à son image, où l'art de plaire recouvrait un désir profond d'être vue, faute de l'avoir été suffisamment quand elle était enfant.**

Elle éprouve une insatisfaction corporelle marquée, elle impose à son corps un jeûne constant d'où un accès presque impossible à la sexualité génitale, cependant, à travers ce contrôle du corps qu'elle s'impose à travers le jeûne elle manifeste une auto agressivité, qui n'arrive pas à s'exprimer sainement.

A travers cette attitude, A. R exprime une forme morbide de la sexualité ou règne une auto- destruction, un auto- sadisme qui selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁴⁴⁰, « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces.* ».

Le sentiment de culpabilité éprouvé après une agressivité à l'égard de la mère dénote d'un **masochisme moral** où le sujet aimé-haï disparaît pour laisser place à l'investissement de la souffrance pour ROSENBERG (citer par CORCOS, M. 2000. P. 86)⁴⁴¹ il « *présente*

⁴³⁸ FREUD.S, (1921), *psychologie des foules et analyse du moi.* In *Essais de psychanalyse.* Paris : petite bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

⁴³⁹ Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne.* Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P.101.

⁴⁴⁰ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence.* Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

⁴⁴¹ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent,* approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86.

l'apparence d'une culpabilité se fondant sur un surmoi impersonnel et désexualisé alors qu'il s'agit du désir de punition sexualisé, de satisfaction masochiste. On peut dire que si le masochisme moral garde l'apparence de la culpabilité avec une réalité de satisfaction masochiste, c'est pour garder l'apparence de névrose avec une pratique perverse cachée... ».

En somme, par le biais de ce mouvement de fixation et régression orale sadique (par rapport au sevrage précoce et à la carence en maternage) et anale (vu l'attitude de contrôle), la resexualisation du corps reste la seule solution évidente, car il devient le seul lieu de décharge pulsionnel, lui permettant d'éviter et de contenir tout état d'angoisse ; l'adolescente tente par une approche **masochiste** de son anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à son imago féminine, qui ne la satisfait pas.

Par ailleurs, **cette érogénéité et érotisation du corps reste morbides et prégénitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité prégénitale de type sadomasochiste.**

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.				X		
2. J'évite de manger quand j'ai faim.				X		
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.	X					
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.	X					
5. Je coupe la nourriture en petit morceaux.			X			
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.		X				
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)	X					
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.					X	
9. Je vomis après avoir mangé.				X		
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						X
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						X
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.			X			
13. On pense que je suis trop maigre.					X	
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						X
15. Je mange plus lentement que les autres						X
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.					X	
17. Je mange des aliments de régime.			X			
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.		X				
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.						X
20. Je pense que l'on me force à manger.						X
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.	X					
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.						X
23. Je me mets au régime.						X
24. J'aime avoir l'estomac vide.	X					
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.						X
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.						X

Cotation :

Items directs :

Toujours :

10. 14. 19. 20. 26.

$$3*6 = 18$$

Très souvent :

16.

$$1*2 = 2$$

Souvent :

1. 9.

$$2*1 = 2.$$

Quelque fois/ rarement/ jamais :

3. 4. 5. 6. 7. 17. 18. 21. 22.

$$9*0 = 0$$

$$\text{Total : } 18+2+2+0 = \mathbf{22}.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3*1 = 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

12.

$$1*1 = 1.$$

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 13. 15. 23.

$$5*0 = 0$$

$$\text{Total : } 3+1+0 = \mathbf{4}$$

Total général :

$$22+ 4 = 26. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé					X	en bonne santé
2. physiquement attirant	X					non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin	X					masculin
5. pur, propre			X			impur, sale
6. exprimant la crainte	X					exprimant l'audace
7. vide	X					plein
8. quelque chose que l'on touche					X	quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid		X				tendre, chaleureux
10. exprimant la colère			X			exprimant l'apaisement
11. expressif			X			Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein				X		nerveux, inquiet
14. vieux					X	jeune
15. érotique			X			non érotique
16. fragile, faible	X					résistant, fort
17. joyeux			X			triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas	X					quelque chose que l'on regarde
19. énergique		X				non énergique

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$$5+1+1+2+3+1+5+1+1= 20.$$

- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$$3+3+1+1+2+1+2+1+3= 17.$$

- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.
5.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$$20+17+5 = 42.$$

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH

Le cas : B.R.A.

Date : 12 MARS2008.

Age : 18 Ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs.
16''92	-Je ne sais pas... -tu sais quoi...je ne sais pas -on dirait une chauve souris -quand je vous dis ça c'est normal...		G	F+	A	Ban	Equivalent choc. Commentaire
	-ça c'est un ours -c'est tout.	D médian	D	FE	A		
1'3''9							
13''5	Toutes les planches se ressemblent même dans cette planche je dois dire quelque chose? -je ne sais pas -j'essaie de réfléchir... je dois voir quelque chose ?... -je ne sais pas... -on dirait les méchants d'un dessin animé -c'est tout.	-Le rouge inférieur et supérieur.	D	F-	(H)		Choc de couleur Dévitalisation
1'40''4							
1'47''19	Pl. III 25''84 V	Panda.	G	F+	A		
	<	-papillon Ça c'est les pattes Ça c'est les oreilles	-rouge médian	D	F+	A	Ban
		-on dirait quelque chose qui fait comme ça (un geste avec les mains vers le haut)		G	F-	Obj	Abstrait
		-deux animaux en face.	-2 gazelles	D	F+	A	

Pl. IV 19'' .39	Toutes les planches se ressemblent. Il y a une symétrie dans toutes les planches, n'est ce pas ? Oui il y'a symétrie dans toutes les planches. -On dirait un ogre vu de loin ça c'est les pieds. On dirait que quelqu'un le voit d'en haut. Il est enraciné dans la terre ça c'est les mains.	-Ça c'est les oreilles à gauche et adroite son squelette au milieu. C'est n'importe quoi on dirait de l'ancre qui coule	G	F-	(H)		Symétrie Réf culturelle dévitalisation
	on dirait une fleur Je ne sais pas toutes les planches se ressemblent.	D sup	D	F-	Nat		
1' .38'' .14							
Pl. V 1' ^	-Ça c'est une chauve souris d'office. -ça c'est les oreilles et ça c'est les pattes.		G	F+	A	Ban	
	-on dirait qu'on a mit quelque chose au milieu et on a plié la feuille. -c'est tout ce que j'ai vu.		G	FE	Obj		Symétrie
5'' .62							
Pl. VI 52''	-fleuve		G	Kob	Nat		
	-cette planche est jolie -on dirait de l'herbe	D sup	D	CF	Nat		Commentaire.
	-on dirait une plume.	G	G	F+	Ad		
	-je ne sais pas... je ne sais pas peut être un scorpion.	Scorpion (D médian sup) c'est tout.	D	F+	A		
5' .62							

Pl. VII 10''.62	- C'est quoi ça... un papillon. -Ça c'est les oreilles et ça c'est les pattes -Ça c'est le corps.	-D médian inférieur.	D	F+	A		
	1'.47''.82	-2 chiens se balancent Voici la balançoire, l'essentiel deux animaux et c'est tout.	-Oui les 2 animaux se balancent.	D D	F+ Kan	Obj A	Symétrie.
Pl. VIII 16''.96	Cette planche est très jolie, les autres sont très moches, elles font peur -on dirait quelque chose sous le microscope.						Commentaire
	-ça on dirait un animal.	-Vert claire supérieur. Deux panthères. -Rose latéral.	G	F-	Obj		
	< 1'.38''.73	-on dirait un squelette c'est tout.	-Vert olive médian.	D	F-	Anat	Dévitisation

Pl. IX 5'.26	-Cette planche aussi est jolie, mais je ne sais pas qu'est ce qu'elle représente, je ne sais pas -On dirait une sculpture... je ne sais pas (fixe la planche et écrit avec son doigt sur la table).						→Choc Hésitation Dévitalisation	
	-on dirait quelque chose que j'ai déjà vu mais je ne sais pas où... je ne me rappelle pas... -il existe quelque chose dans le squelette qui est faite ainsi, mais je ne me rappelle pas c'est quoi - je pense un bassin d'une femme.	-Vert au milieu.						Dévitalisation.
	-le motif orange n'a aucune signification.							Evitement.
	-on dirait un utérus.	- Vert clair.						
	-2 fleurs roses face à face.							Symétrie.
	-et ça c'est de l'herbe.	-vert foncé.						
	-on dirait une dégradation de couleurs ici. Je ne me rappelle pas C'est tout.	-Rose inferieur.						Abstrait
3'.58''.59								

Pl. X 4'.95	-Ces planches sont moches et n'ont aucune signification. -plein d'insectes. -là c'est clair que c'est un insecte.	-gris supérieur	G D	F+ F+	A A		Choc.
	-on dirait un scorpion le bleu là.	-Là le bleu.	D	F+	A	Ban	
	-crabe (se concentre sur la planche).	-Marron latéral	D	F+	A	Ban	
	-Ce bleu on dirait qu'il suce le sang de ce morceau de viande rouge.		D	FC-	Sang		Alimentation.
	-ça c'est un lapin c'est tout.	- Vert clair.	D	F+	A	Ban	
	-un œuf c'est tout Je parais comment ?	-Jaune au milieu.	D	F+	Alimentation		Commentaire
3'.09''.22	+ La planche VIII c'est la plus jolie. - Toutes les planches, elles sont moches.						

Nom : B.R.A.

Date : 12MARS2008.

Age : 18 Ans.

Motif : sujet anorectique.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 35 > Norme [20-30]
G : 12 > Norme [7-10]
G % : 34.28 % > Norme [20-30%]
D : 21 > Norme [15-20]
D% : 60 % = Norme [68-70%]
Dbl : 2 < Norme [6-10].
Dbl% : 5.71% > Norme [1-3%]

Déterminent:

F+ : 16
F- : 10
FE : 02
Kob : 01
Kan : 01
FC- : 01
FC : 01
CF : 02
F PUR : 60% = Norme [50-70%].
F élargi : 85.71 % > Norme [50-70%].

Contenus :

(H) : 02.
H% = 5.71% < Norme [15- 20%].
A: 15.
Ad : 01.
A % = 45.71% = Norme [35-50%].
Ban : 07 = Norme [05-07].
F+ PUR : 61.53 % < Norme [80-85%].
F + élargi : 76.92 % = Norme [80-85%]

Type d'appréhension :

D → G → Dbl.

Succession :

Inversée et Rigide.

TRI :

X K / y C pondérés (01FC (01*0.5) = 0.5 / 02 CF (02*01) = 2)
0 < 2.5 **Extratensif mixte.**

Indice d'impulsivité :

C+CF > FC

0+02 > 01

Formule complémentaire :

X k / y E pondérés → 1 kan, 1kob / FE : 02 * 0.5

2 > 1

Indice d'angoisse :

(Hd + Anat + sexe + Sang * 100) : R = (0+5+0+1 * 100) : 35

14.28 % > Norme [1-12%].

Choc : 02.

Equivalent Choc : 01.

Tendance choc : 01.

Symétrie: 06.

Nat : 05.

Dévitilisation : 05.

Anat : 05.

Obj : 05.

Commentaire : 04.

Alimentation : 02.

Abstrait : 02.

Evitement : 01.

Réf culturelle : 01.

Sang : 01

Hésitation : 01.

RC % :

(17*100) : 35 = 48.57% > 30 %.

Confirme l'extraversion.

Analyse dynamique :

Production au dessus de la norme avec une perception dans la globalité, cependant la succession est inversée et rigide et le type d'appréhension est de $D \rightarrow G \rightarrow Dbl$.

Le nombre de G est suffisant, cela rend compte sur la dimension intellectuelle qui est fonctionnelle, cette intelligence manque d'adaptation, due à une gêne ce qui renseigne sur une inhibition par le matériel.

Au vue du nombre des R-D ça implique une possibilité d'éclatement du réel pour ouvrir le champ de l'imaginaire avec une régression à des processus primaires qui ne sont pas élaborés, cependant il y'a un effort dans l'ancrage dans le réel qui s'observe à travers le règne animal ; par rapport au contenu humain (H) dévitalisé et masqué qui confirme la régression dans le règne animal, et informe sur des attitudes infantiles, ludiques et une immaturité affectivité. Aussi le pourcentage important par rapport à la norme des réponses Dbl confirme l'hypothèse de l'infantilisme, fait preuve d'un esprit d'observation et sur l'aspect anxieux, il informe aussi sur une agressivité inconsciente refoulée, ainsi qu'une inhibition pathologique de l'affectivité traduisant un manque, une carence dans les relations mère / enfant ou une insatisfaction.

A l'observation du nombre important des D il peut s'agir d'un esprit d'observation, il indique une fragilité de l'image du corps, on peut supposer une tendance hypocondriaque, cette hypothèse est soutenue par la présence des réponses Anat qui renseignent sur :

9. Une préoccupation pour la vie physique (angoisses hypocondriaques).
10. Ecran jeté sur les points faibles de la personnalité (sentiment d'infériorité), soutenu par une narcissisation du corps, et un retrait narcissique vu le pourcentage dérisoire des réponses H qui renvoie à un problème dans l'identification et des difficultés au niveau de l'identité, confirmé par l'absence des réponses K qui témoigne d'une absence d'exister, d'une identité mal différenciée, ce qui renvoie à un processus d'individuation considéré comme inopérant. La présence des réponses symétrie qui indique une image du corps désagrée du corps propre, une recherche de soi et d'un double narcissique ; soutiennent ces données.

A partir de ces données et vu l'association des réponses de mauvaise formes F- à des contenus corporels on peut supposer que l'image humaine provoque un malaise chez la patiente.

Cette quasi absence du contenu H rend compte d'une fuite des occasions de prendre conscience de soi-même, la patiente préfère ne pas connaître son attitude profonde envers autrui, et se sent effrayer si ses sentiments voient le jour.

MECANISMES DE DÉFENSE :

Au vu du nombre de F+ et malgré la régression ; les mécanismes de défense sont formels qui tentent de contrôler une situation affective qui se révèle pénible par rapport aux réponses E, C. Le mode d'appréhension dans le détail rend compte de la volonté d'un contrôle rigide obsessionnel qui peut être mis en échec par des poussées d'angoisse vu la présence de réponses Sang qui indique un manque de contrôle émotionnel et d'agressivité, confirmé par l'indice d'angoisse et d'impulsivité.

Cet échec de contrôle est confirmé par le taux d'indice d'impulsivité d'une part, la présence de réponse Sang; qui informe aussi sur les angoisses centrées sur le corps d'autre part, cette hypothèse est confirmée par la présence des réponses : Anat associées à des Hd, Squelette qui rend compte des tendances masochistes ou dépressives, Abstraction qui signifie un ancrage dans le réel du corps.

Vu le nombre de réponse A, il s'agit d'une **régression** vers le règne animal, cette régression est confirmée par la présence des réponses (H) ; qui dénote d'une immaturité affective et des attitudes infantiles et ludiques. Cette régression protège le sujet et lui permet de constituer un aménagement compensatoire, avec une fixation dans un stade prégénital, et ancrage dans le règne animal. Vu la présence d'éléments nutritionnels il s'agit d'une **fixation** et **régression** au stade oral sadique. **Projection** sur l'animal et **introjection**.

Avec la présence de Choc rend compte du **refoulement**. Le nombre et pourcentage des réponses A est au dessus de la norme ce qui confirme l'hypothèse de l'ancrage dans le réel qui se fait à travers le règne animal, avec l'absence des réponses humaines, sauf sous forme masquée (H) ; on peut supposer que l'image humaine provoque chez le sujet un malaise, et informe sur un problème dans l'identification.

RC % confirme l'extraversion.

Par la présence des réponses : F- dans les planches :

PL II : Sexuelle déguisée anatomique.

PL III : Couple parental.

PL IV : L'idée de puissance.

PL VIII : Besoin de représentation de l'intérieur du corps.

PL IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

PL X : Fonction ludique.

Des réponses : → choc dans la planche :

PL IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Des réponses : → refus dans la planche :

PL X : Fonction ludique.

Des réponses : équivalent choc dans la planche :

PL I : Amorce.

Des réponses : choc dans la planche :

PLII : Sexuelle déguisée anatomique.

On peut dégager l'hypothèse suivante :

Il s'agit d'une problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmé par les données des entretiens

Conclusion :

Il ressort de ce test des éléments dominants à savoir : La patiente n'est pas altérée dans ses capacités intellectuelles. Avec une problématique complexe qui prend racine dans les stades primitifs ;

Les mécanismes de défense, les plus dominants sont : **fixation**, au stade oral **régression** dans le règne animal, **refoulement** des affects, **l'introjection**, l'angoisse de la patiente traduit une **fragilité du moi** et un manque d'adaptation, selon M. KLEIN il s'agirait d'un moi fragile cliver en bon et mauvais objet ici il s'agit d'une introjection du bon objet assimilé à la nourriture et le rejet du mauvais objet par le rejet de l'alimentation, il s'agit en effet d'un **contrôle** du moment de l'**introjection** du bon objet et celui de la projection du mauvais objet ; avec une mauvaise **identification** à la mère

Il s'agit d'un système défensif formel opérant à caractère adaptatif avec un contrôle rigide obsessionnel contre l'émergence de l'affectivité. Toute fois il s'agit de manifestations indirectes d'angoisse.

On constate un niveau archaïque liée à la fantasmagorie, où la pulsion de destruction est dominante. Elle est due au manque de nourriture libidinale. Par ailleurs un passage entre les positions passives régressives et maîtrise est à noter.

D'autre part, selon JEAMMET (1985)⁴⁴², « *il serait possible que l'anorexique soit insérée dans l'ensemble des conduites masochistes, particulièrement lorsque le milieu de la personne atteinte est limitatif et lorsqu'il ne permet aucune expression pulsionnelle exagérée ainsi qu'aucun conflit* ».

Quant à ZERBE (1992, p. 55-64.)⁴⁴³, IL mentionne que: « *L'insatisfaction intense face à son corps ainsi que la distorsion de l'image corporelle sont des caractéristiques que l'on rencontre à coup sûr chez les personnes anorexiques. L'hypothèse est émise que pour certaines femmes atteintes de troubles alimentaires, l'insatisfaction face au corps amène l'évitement d'activités sexuelles, par gêne de montrer ce corps qu'elles n'aiment point* ».

Il s'agit selon P. MARTY d'une male mentalisation par manque de fantasmes sexuels et rêves, causée par une rupture entre le conscient et l'inconscient car le préconscient est

⁴⁴² JEAMMET, P. 1985. *L'anorexie mentale*. Paris: Éditeurs DOINS.

⁴⁴³ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG *Journal of sex and marital therapy*, 18, p. 55-64.

défaillant, ce qui engendre l'incapacité d'utilisation des représentations, cette male mentalisation confirme l'incapacité du sujet à confronter la réalité, renforcer par l'échec du refoulement des pulsions et des excitations appelée par MARTY incertitude de mentalisation. qui émane à la pensée opératoire et à la somatisation.

Cependant le côté maîtrise actif est mobilisé à des fins défensives contre les manifestations d'angoisse liées aux préoccupations corporelles, et une recherche d'une position sexuelle à travers les mouvements alternants actif-passif, dynamique-régressif, en fait puissance et impuissance. Ce qui renvoie à une fantasmatique archaïque sous-jacents où l'agressivité et la pulsion de mort est dominante.

La reviviscence du conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence, dont les transformations pubertaires amplifient les angoisses qui s'articulent autour des préoccupations corporelles, et cause des tendances dépressives par rapport au deuil du corps infantin.

De l'analyse dynamique et symbolique du test il ressort un processus d'individuation inopérant, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité, et engendre des tendances masochistes qui s'avèrent manifeste avec insistance.

En somme, il s'agit d'un retour au corps érotisé et érogénisé, dû au investissement massif des zones sadique orale et sadique anale, permettant l'exercice de son contrôle comme seul moyen de décharge à travers la destruction du corps, par sa peur des relations hétérosexuelles elle exprime son incapacité d'assumer la fonction sexuelle génitale et préfère retrouver une sexualité pré-génitale qui dénote d'une expression **sadomasochiste**.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

PRESENTATION DU DEUXIEME CAS : B. N

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 21 ANS.

Profession : couturière.

Rang dans la fratrie : 1/6 (3 filles et 3 garçons).

Poids : 36.6 kg. Date de dernière prise de poids : 10. 11. 2008.

Taille : 1.64 m.

Niveau socio-économique : Moyen.

Situation matrimoniale : célibataire.

B. N est une jeune fille de 21 ans, dont la seule activité quelque peu rémunérée se résume à la couture au niveau même du domicile familial. Elle avait été référée au centre médico- psychologique « prévention de suicide et des troubles psychiques post-traumatique » de la psychiatrie de Annaba, par son médecin traitant.

N, tente de cacher maladroitement sa maigreur extrême, par un surplus vestimentaire, en toute saison, cependant on perçoit aisément qu'elle n'a plus que la peau sur les os. En effet, elle pèse 36.6 KG pour 1.64 m. la restriction alimentaire a toujours fait partie du quotidien de la patiente, d'ailleurs malgré ses os saillants, elle continue à ne manger que du riz bouilli.

La jeune fille banalise son enfance, et se limite à se qualifier d' « *enfant malade* », elle souffrait de BRONCHITES répétées.

Par ailleurs, notre cas, est soigneusement habillé, semble banaliser son symptôme « l'anorexie », durant l'ensemble des entretiens, la patiente avait les bras et jambes souvent croisés, sinon les doigts entre mêlés, émotive, se met facilement en pleure.

Durant tous les entretiens, elle n'a cessé de me poser la même question : « *tu es d'origine Chaouia ? Tu leur ressemble beaucoup, moi je suis Chaouia* ». Ce qui nous incite à réfléchir sur ce transfert :

Es ce une quête d'appartenance, ou plutôt une recherche d'un double narcissique, à travers de la projection ?

Observations lors des entretiens :

A travers les différents entretiens au nombre de quatre (04) avec la jeune fille, on constate un état de tension remarquable, la patiente étale avec force les détails de ses symptômes, bien qu'elle soit angoissée, ce qui nous donne l'impression qu'elle l'utilise justement comme moyen pour attirer l'attention.

A partir de ces entretiens on remarque les symptômes suivants :

- Importante maigreur.
- Anorexie sélective « *je ne mange que du riz bouillit* ».
- Problèmes relationnels avec son entourage.
- Attachement réciproque « mère- fille », ce qui laisse présager une adhérence dans la relation.
- Une gêne causé par le regard social, concernant son poids.
- Une peur d'entamer de nouvelles relations quelque soit leur nature, « amoureuse, sexuelle ou amicale », en d'autres termes elle éprouve beaucoup de difficultés à entamer de nouveaux liens sociaux, ni même renforcer ceux qui sont déjà établis en dehors de la mère et de la cousine.
- Préoccupations corporelles.
- Des crises aiguës (marquées par l'abstinence de nourriture) après le viol.
- La patiente a vécu l'anorexie peu après la puberté (étant réglée à 15 ans).
- Elle montre une hyperactivité au sein de la maison, à travers la multiplication des travaux ménagers, couture et broderie.

1. Comportements enfantins :

Qui reflètent un certain refus de maturité et de grandir. Quand les choses vont mal ou pas à sa manière ; N, croise les bras, boude, fait bouger ses jambes, l'exemple le plus courant qui a été relevé est qu'elle se met surtout en pleurs.

Dans ces manifestations, on remarque que les affects associés à l'objet perdu peuvent parvenir jusqu'à la sphère consciente, mais avec une charge trop importante pour permettre un maintien du travail de la pensée, de sorte que les voies comportementales (cries, tremblements) et surtout corporelles (pleurs) vont dominer et /ou remplacer la voie mentale d'élaboration d'affect.

Cette externalisation des affects trop intense de souffrance reliés à l'objet perdu qui vont se traduire à un niveau comportemental et corporel fait paraître le mécanisme de défense **la projection**.

D. W. WINNICOTT (1957, p.13)⁴⁴⁴, l'explique d'ailleurs en disant qu' : « *Un enfant revient soudainement à l'âge de 2 ans lorsqu'il a besoin d'être rassuré. Un enfant de n'importe quel âge, qui a besoin d'affection ; a besoin que l'amour lui soit exprimé physiquement, comme c'était naturellement le cas lorsque sa mère le portait dans son ventre* ».

2. Comportement ambivalent :

Remarquer surtout entre les pleurs et le rire qui le succède, et la contradiction entre « *Si jamais je me marie (...)* » et « *(...) plus de garçons c'était la première et la dernière fois.* » aussi « *je voulais ressembler aux autres jeunes filles* » « *je sais que toutes les autres filles le font, mais pas moi ; je ne suis pas comme ça, c'est une autre personne que moi, mon éducation ne me le permet pas.* »

A travers, ces propos, un sentiment d'ambivalence, où se mêlent colère, honte et dégoût mais également une certaine affection malgré tout, envers son agresseur : « *D'habitude je n'ai pas confiance en les hommes, je pensais qu'il était sincère,* ». De plus, elle était tellement en quête d'amour, que cela la rendait terriblement vulnérable.

« *Je voulais me marier, parce que ma mère me demandait de coudre des trucs pour mon trousseau, je pense qu'il est encore tôt pour se marier, je suis encore jeune* » « *plus de garçons, c'était la première et la dernière fois, ils ne méritent pas je vau mieux que ça.* »

⁴⁴⁴WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001. P. 13.

3. Difficultés à exprimer les émotions et dimension alexithymique :

Car notre cas trouve beaucoup de difficultés à dire aux autres ce qu'elle pense réellement, elle ne montre jamais sa sensibilité, ne demande jamais de l'aide, elle ne cesse de répéter : « *tout doit rester bien caché au fond de mon cœur, je ne m'exprime pas beaucoup* ». Mais quand il s'agit de situations pénibles et insupportables émotivement, elle fait des crises aiguës de restrictions alimentaires, -comme il a été déjà signalé- juste après le viol « *juste après j'ai perdu d'avantage d'appétit (déjà avant elle ne prenait que du riz bouillit), j'avais des nausées rien qu'à la vue de la nourriture, j'ai perdu 3 kg d'ailleurs.* ».

La patiente a développé une dimension alexithymique. Son mode de pensée reste très polarisé sur le réel comme le démontrent ses descriptions à caractère pratique logique et concret qui sont les signes d'une pensée opératoire : « *Si jamais je me marie, est-ce que mon mari peut le découvrir ? Car je sens mon anus dilaté en me touchant* ». Ses affects ainsi que les représentations pénibles sont gelés, aucun travail psychique ne se fait, notamment celui du renoncement à la quête d'une mère comblante et à un père tout puissant.

Ici l'évitement de la pensée et des éprouvés psychiques a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril l'organisation d'être au monde que très tôt, elle a mis en place pour moins souffrir. Il rend compte d'un mécanisme interne de barrage inconscient et préconscient d'affects et de représentations potentiellement dépressiogènes.

Il s'agit d'une position régressive archaïque dont la genèse se trouve liée aux premiers liens noués dans son enfance qui se sont nourris de carence et d'absence.

Cette problématique définie en termes de clivage corps- psyché et plus profondément en termes d'engrammes corporels, a pris forme sur un défaut de l'édification du soi au sens où le Moi est séparé de l'origine charnelle des émotions.

Les relations désaffectées, liées à un discours opératoire, constituent une **défense primitive et protectrice contre le danger représenté par l'objet : danger d'intrusion. Elles constituent donc une tentative d'auto-guérison**, pour se protéger d'angoisses qui rappellent celles des sujets psychotiques.

4. Les liens sociaux :

A. Relations avec le père :

N, n'a pas de relations directes avec son père. Elle et son père ne vivent pas une relation tellement intime, elle n'a jamais joué, rarement parlé et jamais partagé avec lui des moments ou

discussions, elle n'a jamais mangé devant lui : *« si j'ai envie de lui demandé quelque chose, je passe toujours par ma mère »* ; elle pense qu'il ne s'intéresse pas à elle car il est toujours pris par des préoccupations professionnelles :

« Mon père est tout le temps absent, son seul souci est d'assurer de l'argent et de l'alimentation (...) si j'ai envie de lui demander quelque chose, je passe toujours par ma mère ».

« Je ne me rappelle pas un jour avoir été prise dans les bras de mon père ».

N, en veut à son père jusqu'à présent, car il lui a interrompu les études, alors qu'elle était en classe de 6^{eme} ; et ce malgré les résultats scolaires jadis obtenus, sous prétexte de l'éloignement de l'école d'une part, et son incapacité à se défendre face aux agressions d'autre part -vu sa fragilité sanitaire, et surtout sa maigreur-,

« Je ne pourrais pas le lui pardonner, c'était le seul moment où je pouvais sortir à l'aise, je me sentais vivante, utile ».

B. Relations avec la mère :

La mère de N, lui montre beaucoup d'affection, on est en face d'un attachement mutuellement développé, N, ne se déplace pas sans sa mère, *« je ne me déplace jamais sans ma mère on passe tout notre temps ensemble. »*.

Cependant, malgré cet attachement, **la verbalisation cesse** d'être, pour notre sujet, notre cas n'a rien raconté à sa mère concernant son viol, pour elle la mère doit tout deviner :

« je ne raconte pas tout à ma mère, normalement, elle devine tout, d'ailleurs, après mon viol, elle a remarqué que rien n'allait plus, elle a posé beaucoup de questions mais je n'ai rien dit (...) En plus elle m'a toujours dit qu'il ne faut pas faire confiance aux garçons, car ils ne pensent qu'au sexe, elle a bien raison mais je ne veux pas qu'elle me répète son éternelle réplique (je t'avais bien dit, tu ne fais qu'à ta tête) ».

Etant un enfant malade, elle s'est accaparée de toute l'attention de sa mère -surprotectrice-, qui justement était terrorisée par l'idée de la perdre, cette pensée n'était pas fortuite. En effet, c'est une conséquence du décès d'une sœur avant la naissance de N.

La mère de N, a vécu ce décès sur un mode mélancolique, comme si elle avait perdu la meilleure partie d'elle-même et qu'elle ne saurait plus vivre si elle ne gardait pas la présence vivante en elle de cet enfant cher, désormais mort.

« D'une part car, elle avait perdu une sœur, avant moi, -40 jours après sa naissance-, elle le répète à tout moment, elle dit que le fait de perdre son enfant est insurmontable, elle dit

que perdre un enfant est pire que de perdre une partie de soi-même, et d'autre part, parce que j'étais tout le temps malade, je souffrais de bronchites répétées. »

Ses sentiments n'ont pas été émotionnellement exprimés et un travail de distanciation et d'acceptation particulièrement difficile à faire lorsqu'il s'agit de la perte d'un enfant est demeuré pour elle impossible. L'enfant mort reste trop présent, surinvesti, et précieux que l'enfant à naître, la mère de N, a donc fait une projection de cet enfant mort sur l'enfant qui vient de naître –notre cas-, qui n'a d'autre alternative hormis l'identification à l'enfant mort. Cependant la mère ne peut lui offrir la nourriture affective nécessaire à la construction d'un Self suffisamment solide à l'origine du sentiment d'exister et à la connaissance progressive du monde à travers les échanges sensoriels et nutritionnels.

Comme il a été déjà signalé, il s'agit bien d'une mère surprotectrice, qui par peur de perdre son deuxième enfant (notre cas) a fait prolonger la période d'allaitement. A travers ce gavage affectif, la mère a transmis à sa fille, une émotionnalité, une angoisse dont elle est elle-même l'objet. Et renforçant en elle l'**angoisse d'intrusion, d'envahissement**.

Ce sevrage tardif peut générer une fragilité narcissique, comme l'explique Pr. BOUCEBCI Mahfoud (1993. P.169)⁴⁴⁵ : « (...) *L'âge généralement tardif encore tardif du sevrage a un impact psychophysiologique important et une influence au plan de la fragilité bio organique (fréquence de la malnutrition) et d'une vulnérabilité narcissique (...)* ».

Ici on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**, ce qui rend la séparation potentiellement dangereuse, en s'en prenant à son corps, elle s'en prend au corps de sa mère. Notre cas se sait dépendante de sa mère mais ne peut se séparer d'elle, cette dépendance lui est insupportable voir même insurmontable. La patiente est victime d'une folle passion pour sa mère omniprésente ; comme dans le cas de l'identification à l'agresseur, elle retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁴⁴⁶.

Pour SAMY Ali (2003, p.06)⁴⁴⁷ : « *la relation établie avec le MOI se situe par rapport à un mode de pensée extrêmement rigide qui ne laisse aucune place à l'étranger et qui s'organise à partir d'une projection systématique de l'image maternelle sur toute relation ? Ce mode de pensée n'est en réalité que l'indice d'une difficulté chez elle à constituer sa propre identité dans une situation, où l'ensemble du fonctionnement familial ne tolère pas la*

⁴⁴⁵ BOUCEBCI Mahfoud, *Aspects du Développement Psychologique de l'enfant au Maghreb*, in santé mentale au Québec, 1993.XVIII. 1. 163-178. P.169.

⁴⁴⁶ GUEGUEN. J-P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

⁴⁴⁷ SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.6.

différence et s'organise à partir de cette négation de l'autre, lorsqu'il est perçu comme non soi »

Le corps est ici « *l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère- enfant, »* (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁴⁴⁸.

On remarque clairement l'aspect négatif du complexe d'œdipe : le parent du même sexe suscite un attachement tendre, tandis que le parent du sexe opposé est l'objet de la rivalité et des sentiments hostiles.

L'investissement intense de la personne aimée et la relation fusionnelle qui en découle vont permettre au sujet de s'accaparer des qualités de l'autre. Cet état de fusion régressive renvoie à l'unité archaïque bébé- premier objet d'amour, où le moi et l'objet (pré- objet) ne font qu'un.

Dans cette relation régressive, l'imaginaire permet la fusion entre le sujet et l'objet amoureux, ce processus fonctionne alors sous le principe de plaisir et utilise la toute puissance de la pensée pour réunifier le sujet à l'objet comme dans ces temps archaïques.

De manière générale, la profonde nostalgie de l'objet perdu qui, chez N, s'exprime en désir de mourir, et se double, d'une volupté qui passe par les régressions orales, homosexuelles et masochistes, la mort psychique masquant le désir ardent, le désir de faire jouir la mère.

Cependant, elle exprime quand même une agressivité inconsciente vis-à-vis de sa mère, qui peut renseigner sur un processus d'individuation qui s'annonce.

C. Relation avec la fratrie :

Vu la relation très développée que la fille entretient avec sa mère. Des tensions avec sa fratrie ont été éveillées, notre cas ne s'entend pas bien avec ses frères et sœurs, elle a des relations assez tendues spécialement avec sa sœur cadette, elle a tendance à se sentir isoler dans sa famille « *je ne comprends pas pourquoi, elle ne m'aime pas (sa sœur cadette), pourquoi se met elle à se moquer de moi »*.

D. Relations sociales :

N, ne possède pas d'amies intimes à part sa cousine du même âge, à qui elle peut se confier vraiment, elle parle de tout même de sexualité « *c'est ma cousine, qui m'a conseillé de*

⁴⁴⁸ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

sortir avec cet ogre, -elle ne le connaissait pas avant- et c'est elle seulement qui sait qu'il a abusé de moi, elle a pleuré quand je lui ai raconté ce qui m'est arrivé.»

On peut penser que cette cousine constitue un double narcissique.

5. Sexualité :

Notre cas se croit peut attirante, comme pour toutes les anorexiques, tout passe par l'image corporelle ; dans notre cas n'est pas à son goût:

« (...) d'habitude les garçons ne s'intéressent pas à moi, ni moi à eux, ils me trouvent trop moche certainement, et moi je les trouve très cruels la preuve est là ».

« (...) les autres ne m'aiment pas, leur regard me fait mal ».

La patiente exprime un mal être par rapport à son enveloppe charnelle, une insatisfaction claire et manifeste de son corps :

« Je hais mon corps, il ne m'apporte que des ennuis, j'ai envie d'effacer mon corps »

« À vraie dire, je pensais qu'ils allaient penser que je n'étais plus vierge, je pensais qu'on pouvait perdre notre virginité rien qu'on parlant aux garçons, »

« Je me sens vider » : chez l'anorexique, le vide est intensément recherché pour l'exaltation qu'il procure car il libère l'esprit de son aliénation corporelle.

Dans cette perspective, sortir de la chair et du corps, est devenir pur esprit, donc éternel. Pour notre anorexique, la chair a une consonance plutôt péjorative : elle est sale, dégoûtante, odieuse. L'esprit, lui, est pur, volatile, léger, libre de toutes contingences, en définitive, l'esprit ne supporte pas le poids de l'histoire, il est au-delà de... il s'agit là d'un état de jouissance dans l'effacement du corps.

« Imagine si on avait la possibilité de vivre sans corps, libre comme l'aire ; ça sera bien hein ? En attendant que Dieu me récupère inshallah, je vais me consacrer à la couture, plus de garçons c'était la première et la dernière fois, ils ne méritent pas je voux mieux que ça. »

Peut-on dire que le fait que la patiente soit sodomisée l'a libéré, l'a vidé ?

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale- anale et génitale, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, avec une jouissance dans l'expulsion que se soit de la nourriture ou bien du lourd fardeau qu'elle portait au fond d'elle.

Il s'agit d'un lien très clair entre la sexualité orale- anale et la sexualité génitale chez cette anorexique, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir ?

6. Les agressions sexuelles :

Les chercheurs montrent que les anorexiques ont connu, généralement, au cours de leur enfance ou plus tard, des épisodes d'agressions à caractère sexuel antérieur aux troubles alimentaires.

Cependant, N, a vécu un abus sexuel longtemps après le début de son anorexie. Cette agression a été succédé par un sentiment de culpabilité intense, une crise d'angoisse aigues : *« juste après, j'ai perdu d'avantage d'appétit (déjà avant elle ne prenait que du riz bouillit), j'avais des nausées rien qu'à la vu de la nourriture, j'au perdu 3 kg d'ailleurs. »*

« Il y'a sûrement quelque chose en moi, qui la poussé à me violer et me sodomiser surtout. Puisque il me trouve maigre, donc trop moche pour assumer une pénétration, (...) il s'est moqué de moi, tout comme ma sœur, ils ont sûrement raison je suis très moche, (...) »

La blessure occasionnée par un viol entraîne une profonde destruction de la personnalité. La sexualité, dans son fondement psychologique, est atteinte.

7. Le rapport avec le corps :

Comme il a été déjà mentionné, N, montre une insatisfaction par rapport à son image corporelle, elle ressent une haine vis-à-vis de son corps, la patiente impose à son corps le manque de nourriture. Elle l'a vu maigrir, elle a développé un contrôle corporel, car elle refusait à son corps de ressentir quoique ce soit, elle l'a bloqué à travers un fonctionnement rationnel qui ne laisse pas de place aux différents plaisirs possibles pour l'être humain.

« Leur regard me fait mal, je déteste mon corps, il ne m'apporte que des ennuis, même en voulant faire comme les autres (fréquenter un garçon) j'ai eu des problèmes, j'ai envie d'effacer mon corps. », elle pleure, ensuite, elle se met à rire et dit :

« Imagine si on avait la possibilité de vivre sans un cops, libre comme l'air, ça serai bien hein, en attendant que Dieu me récupère, inchallah, je vais me consacrer à la couture, plus de garçons, c'était la première et dernière fois. »

Il n'est pas simple de renoncer à la vie... La volonté de s'effacer, loin de contredire le besoin de s'affirmer, l'amplifie parfois jusqu'à ce qu'il s'exprime – de façon tragique – à travers la mort.

Le viol invite notre cas qui se sent atteint en son intimité à se rétracter, à s'amoindrir, à se volatiliser pour n'être plus rien, pour que rien ne blesse. D'autant plus que « *le corps, troublé par le regard porté sur lui, ne peut se dire sinon par cette menace de disparition* »⁴⁴⁹.

8. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin, kleptomanie. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**,

9. La vie fantasmatique :

A. L'agressivité :

On remarque un appauvrissement de la vie fantasmatique, cependant **la pulsion de destruction et de mort** à travers l'expression du désir de mort mentionné à plusieurs reprises. La pulsion de mort est claire « (...) *En attendant que Dieu me récupère inshallah* (...) ».

Notre cas exprime une agressivité inconsciente par rapport à la mère.

B. Fantasme masochiste :

« *Si jamais je me marie, est ce que mon mari peut le découvrir ? Car je sens mon anus dilaté en me touchant* » On a l'impression que malgré que cette expérience est vécue dans la douleur ; elle apporte une certaine jouissance à la jeune fille qui ne regrette pas l'abus, qu'elle est même prête à le revivre, qu'elle prend plaisir à travers cette violence s'agit il d'une jouissance morbide qui relève du registre masochiste ? Car inconsciemment la jeune fille le désirait : « *je voulais ressembler aux autres jeunes filles* » « *je sais que toutes les autres filles le font, mais pas moi ; mon éducation ne me le permet pas.* » mais elle se sent attacher par l'éducation qu'elle a reçu, « *je pensais que je leur parler, les autres vont penser que je n'étais pas bien éduqué, que j'étais une fille facile (silence) à vraie dire, je pensais qu'ils allaient penser que je n'étais plus vierge, je pensais qu'on pouvait perdre notre virginité rien qu'on parlant aux garçons en plus mama me disait toujours de faire attention, car les garçons ne pensent qu'au sexe* (...) » .Ou bien s'agit-il d'une reviviscence de la scène primitive ?

B.1. Attitude de Contrôle :

⁴⁴⁹EXTRAIT Chapitre 4 Genèse d'une anorexie : configuration personnelle Face à l'anorexie. Virginie MEGGLE Psychanalyse en Mouvement. ED EYROLLES. P. 71.

On constate une attitude de contrôle à travers les expressions suivantes de la patiente : « *je me suis laissé convaincre* » ; « *je ne mange rien pendant des jours* », « *je ne prends que de l'eau*. » « *Je voulais me débattre*, » « *D'habitude je n'ai pas confiance en les hommes*, » On remarque que la patiente impose à son corps un contrôle alimentaire, elle le voit maigrir et ça lui plait.

Ses crises suivies de jeûne et de vomissements sont le reflet de l'incorporation et excorporation d'un objet alimentaire dès que l'absence de l'objet maternel se fait sentir. Ce contrôle corporel lui permet d'éviter d'être habité par l'objet vécu comme persécuteur à l'intérieur de soi. Ainsi, **les tentatives de contrôle de poids semblent constituer également un mécanisme de défense à une émergence dépressive** renvoyant fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel. L'échec de l'identification primaire semble en être à l'origine et l'on observe une fixation prégénitale orale et anale avec un vécu archaïque de relation « virtuellement fusionnelle » à une mère omnipotente et dévorante.

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

C. Fantasma de l'homosexualité :

À travers le questionnement formulé à la fin de chaque entretiens ; « *es tu chaouiya ?* » ainsi que l'attachement mère- fille, la jeune fille est en train de chercher son semblable affectif ce que FREUD (citer par FERENCZI, S. 1909) ⁴⁵⁰ appelle « *homo- érotique*» (loin du sens génital du terme mais plutôt au sens large). On constate ainsi, qu'il s'agit bien d'une quête des retrouvailles avec soi, ce qui renseigne sur une fragilité identitaire, dont l'origine est dans un processus jamais complètement aboutis d'identifications⁴⁵¹ ; ce qui indiquera que N, sera confronté à la recherche désespérée de soi, une sorte de Moi idéal personnifié et qui pourrait peut-être l'aider au développement d'un idéal de Moi mieux singularisé et intériorisé.

D. Fantasma de la jeunesse éternelle :

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

10. Mécanismes défense :

A. Fixation :

⁴⁵⁰FERENCZI, S. 1909, *Transfert et introjection*, Psychanalyse I, Paris, Payot.

⁴⁵¹ SEARLES, H. (1967), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.

L'échec de l'identification primaire semble en être à l'origine et l'on observe une fixation pré-génitale orale et anale avec un vécu archaïque de relation « virtuellement fusionnelle » à une mère omnipotente et dévorante dans son absence.

« *La fixation à la mère... rend plus difficile la fixation à un autre objet féminin* », écrit FREUD dans *Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci* (1910). Dans ce cas, la mère continue à exercer une trouble fascination qui pousse l'adolescente à s'imprégner d'elle au point de s'identifier à elle et « *il prend alors sa propre personne comme l'idéal à la ressemblance duquel il choisit ses nouveaux objets d'amour* ». Ce qui expliquerait le sentiment de « *L'autre moitié d'orange* »⁴⁵², si fréquent chez les homosexuels qui ne se sentent eux-mêmes que lorsqu'ils tombent amoureux d'un autre comme eux.

B. Identification :

Notre cas, qui n'a d'autre alternative hormis l'identification à l'enfant mort. Cependant la mère ne peut lui offrir la nourriture affective nécessaire à la construction d'un Self suffisamment solide à l'origine du sentiment d'exister et à la connaissance progressive du monde à travers les échanges sensoriels et nutritionnels.

L'adolescente, exprime une agressivité inconsciente par rapport à sa mère, ce qui renseigne sur un processus d'individuation qui s'installe et une identification aux attentes et désirs de la mère à **l'identification à la mort, à un cadavre.**

B.1. Echec de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère-fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

C. Le clivage :

« *Je sais que toutes les autres filles le font, mais pas moi ; je ne suis pas comme ça, c'est une autre personne que moi, mon éducation ne me le permet pas.* ».

Ce discours est important à préciser, parce qu'il montre bien le mécanisme défensif de clivage par lequel le Moi se scinde pour faire face à la réalité traumatisante des agissements de son agresseur. Elle obtient une image de son corps clivée, qui correspond à « *un clivage*

⁴⁵² B. CYRULNIK, 1993. *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob. p. 187

particulier du Moi dont les activités perceptivo cénesthésiques sont complètement désincarnées, scindées de ce corps où, elles prennent racine »⁴⁵³.

Le « Moi » ne peut être vécu comme sujet et objet de désir, que ce soit en réfrénant tous les besoins qui en émanent (refus de s'alimenter), ou bien en prêtant à autrui (son agresseur) une vision déréelle de son corps. Il ne prendra qu'un corps, semble-t-elle se répéter et tenter de s'en convaincre, un corps dépersonnalisé, désincarné, rien qu'une enveloppe superficielle, afin de garder intact, par ce mécanisme de séparation du Moi, sa psyché.

« Imagine si on avait la possibilité de vivre sans un corps, libre comme l'air, ça serait bien hein, (...) »

D. Projection/ Introjection :

L'investissement intense de la personne aimée et la relation fusionnelle qui en découle vont permettre au sujet de s'accaparer des qualités de l'autre. Cet état de fusion régressive renvoie à l'unité archaïque bébé- premier objet d'amour, où le moi et l'objet (pré- objet) ne font qu'un.

Dans cette relation **régressive**, l'imaginaire permet la fusion entre le sujet et l'objet amoureux, ce processus fonctionne alors sous le principe de plaisir et utilise toute la puissance de la pensée pour réunifier le sujet à l'objet comme dans ces temps archaïques.

E. La sublimation :

« En attendant que Dieu me récupère, inshallah, je vais me consacrer à la couture, plus de garçons, c'était la première et dernière fois. ».

F. L'ascétisme :

Les conduites d'ascétisme permettent de dénier les besoins corporels ainsi que la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

G. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement ex-corporer par les vomissements.

⁴⁵³ ANZIEU, D. 1987, *Les enveloppes psychiques*, Paris, DUNOD.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

H. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

Conclusion :

À travers les données dégagées des entretiens, on constate que la jeune fille donne une image d'une personne soumise, mais qui exerce un contrôle massif sur son corps.

À travers son comportement, il est facile de détecter la manifestation d'un certain refus de grandir qui lui permet de retourner vers un état de quiétude antérieure, un processus de régression s'engage à un âge où c'est agissements sont tolérés : « *Un enfant revient soudainement à l'âge de 2 ans lorsqu'il a besoin d'être rassuré. Un enfant de n'importe quel âge, qui a besoin d'affection ; a besoin que l'amour lui soit exprimé physiquement, comme c'était naturellement le cas lorsque sa mère le portait dans son ventre* ».

La patiente fonctionne avec un mode de pensée polarisée sur le réel avec des descriptions pratiques et logiques, qui sont bien les signes d'une pensée opératoire.

Avec les relations désaffectées, liées à un discours opératoire, une **défense primitive et protectrice se constitue contre le danger représenté par l'objet : danger d'intrusion. Elles constituent donc une tentative d'auto-guérison**, pour se protéger d'angoisses qui rappellent celles des sujets psychotiques.

L'attention des parents s'est focalisée sur les facteurs susceptibles de générer un environnement de surprotection autour de l'enfant, parmi lesquels se dégage notamment, l'incidence de décès périnataux antérieurs à la naissance de la future anorexique, formalisée par POWELL (citer par JEANNOT, 2007)⁴⁵⁴ sous le terme de « *syndrome d'enfant de remplacement* » et par GREEN et SOLNIT (citer par JEANNOT, 2007)⁴⁵⁵ sous celui « *de syndrome d'enfant vulnérable* ». RASTAM (citer par JEANNOT, 2007)⁴⁵⁶ relève une fréquence élevée dans les familles issues du groupe des sujets anorexiques, de décès parmi les membres de la famille de premier degré.

Malgré, l'attachement réciproque entre notre cas et sa mère (ce qui rappelle une relation fusionnelle), la jeune fille a trouvé comme seul moyen pour satisfaire la mère l'identification à l'enfant mort (la sœur aînée décédée) vénérée par la mère, cependant cette mère ne peut lui

⁴⁵⁴POWELL M. Sudden infant death syndrome: the subsequent child. *Br J Social Work* 1995 ; 25 : 227-240. In Perspectives Psy- Volume 46 -N°4- octobre-décembre 2007. In Marie JEANNOT Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Perspectives Psy - Volume 46 - N°4 - octobre-décembre 2007.

⁴⁵⁵ GREEN M, SOLNIT AJ, Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome. *Pediatrics* 1964 ; 34 : 58-66. In Perspectives Psy - Volume 46 - N°4 - octobre-décembre 2007. In Marie JEANNOT Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Perspectives Psy - Volume 46 - N°4- octobre-décembre 2007.

⁴⁵⁶RASTAM M, GILLSBERG C. BACKGROUND, factors in anorexia nervosa: a controled study of 51 teenages cases including a population sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992 ; 31 : 819-29. In Marie JEANNOT Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Perspectives Psy- Volume 46 - N°4- octobre-décembre 2007.

offrir la nourriture affective nécessaire à la constitution d'un self suffisamment solide à l'origine du sentiment d'exister et à la connaissance progressive du monde à travers les échanges sensorielles et nutritionnelles.

La mère a fait prolonger la période d'allaitement, par ce gavage affectif et ce sevrage tardif, la mère a transmis à sa fille une angoisse d'intrusion, d'envahissement, le corps devient ici « *l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère- enfant, »* (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁴⁵⁷. Ce qui génère une fragilité des assises narcissiques comme l'explique BOUCEBCI. M (1993. P. 169)⁴⁵⁸ : « (...) *L'âge généralement tardif encore tardif du sevrage a un impact psychophysiologique important et une influence au plan de la fragilité bio organique (fréquence de la malnutrition) et d'une vulnérabilité narcissique (...)* ».

À partir de ces éléments, on pense qu'on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**, ce qui rend la séparation potentiellement dangereuse, en s'en prenant à son corps, elle s'en prend au corps de sa mère. Notre cas se sait dépendante de sa mère mais ne peut se séparer d'elle, cette dépendance lui est insupportable voir même insurmontable. La patiente est victime d'une folle passion pour sa mère omniprésente ; comme dans le cas de l'identification à l'agresseur, elle retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁴⁵⁹.

L'investissement intense de la mère et la relation fusionnelle qui en découle vont permettre à la patiente de s'accaparer des qualités de l'autre. Cet état de fusion régressive renvoie à l'unité archaïque bébé- premier objet d'amour, où le moi et l'objet (pré- objet) ne font qu'un.

Notons dès à présent que l'afflux de stimulations est nécessaire pour le développement de la personnalité. Mais « *si les excitations sont excessive et ne peuvent plus emprunter les voies de décharge habituellement par le nourrisson (aide extérieur, régulations par voie motrice ou comportementale)* -comme c'est le cas avec N-, *l'accroissement de sa tension interne peut constituer un risque pour le nourrisson qui se trouve alors déborder dans ses capacités de contrôles et de régulations* ». (CUYNET, A. MARIAGE, PP. 30-56. P39.)⁴⁶⁰

⁴⁵⁷ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

⁴⁵⁸ BOUCEBCI Mahfoud, *Aspects du Développement Psychologique de l'enfant au Maghreb*, in santé mentale au Québec, 1993.XVIII. 1. 163-178. P.169.

⁴⁵⁹ GUEGUEN. J-P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

⁴⁶⁰ Actes Colloque international « Corps en famille Corporéité et famille: » (22 et 23 juin 2006 : Besançon), Patrice CUYNET, André MARIAGE, Publié par Presses Univ. Franche-Comté, 2007. 240 pages PP. 30-56. P39.

La réactivation d'une problématique maternelle insuffisamment élaborée à l'occasion de la naissance de N (deuil non résolu) qui conduit à l'observation d'un surplus d'excitations au sein de la triade père-mère-enfant.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁴⁶¹, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère-enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

Vu la mauvaise différenciation **sujet/objet**, en s'imposant un contrôle important à son corps, la jeune fille veut en réalité contrôler le corps de sa mère. La jeune fille utilise le jeûne et les vomissements comme réaction privilégiée aux situations déplaisantes, ils constituent le reflet de l'incorporation et l'exorption d'un objet alimentaire dès que l'absence de l'objet maternel se fait sentir. Ce contrôle corporel lui permet d'éviter d'être habité par l'objet vécu comme persécuteur à l'intérieur de soi. Ainsi, **les tentatives de contrôle de poids semblent constituer également un mécanisme de défense à une émergence dépressive** renvoyant fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel. L'échec de l'identification primaire semble en être à l'origine et l'on observe une fixation prégénitale orale et anale avec un vécu archaïque de relation « virtuellement fusionnelle » à une mère omnipotente et dévorante.

L'adolescente cherche de manière permanente son semblable affectif ce que FREUD appelle « homo- érotique » (citer par FERENCZI, S. 1909)⁴⁶² appelle « *homo- érotique* » (loin du sens génital du terme mais plutôt au sens large). On constate ainsi, qu'il s'agit bien d'une quête des retrouvailles avec soi, ce qui renseigne sur une fragilité identitaire, dont l'origine est dans un processus jamais complètement aboutis d'identifications⁴⁶³ ; ce qui indiquera que N, sera confronté à la recherche désespérée de soi, une sorte de Moi idéal personnifié et qui pourrait peut-être l'aider au développement d'un idéal de Moi mieux singularisé et intériorisé.

⁴⁶¹ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

⁴⁶² FERENCZI, S. 1909, *Transfert et introjection*, Psychanalyse I, Paris, Payot.

⁴⁶³ SEARLES, H. (1967), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.

La patiente ne se sent pas à l'aise dans son corps, elle montre une insatisfaction par rapport à son image corporelle, elle ressent une haine vis-à-vis de son corps, la patiente impose à son corps le manque de nourriture. Elle a développé un contrôle corporel, car elle refusait à son corps de ressentir quoique ce soit, elle l'a bloqué à travers un fonctionnement rationnel qui ne laisse pas de place aux différents plaisirs possibles pour l'être humain.

A travers cette attitude, N, exprime une forme morbide de la sexualité ou règne une auto- destruction, un auto- sadisme qui selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁴⁶⁴, « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces.* ».

En somme, par le biais de ce mouvement de fixation et régression orale sadique (par rapport au sevrage tardif) et anale (vu l'attitude de contrôle), la resexualisation du corps reste la seule solution évidente, car il devient le seul lieu de décharge pulsionnel, lui permettant d'éviter et de contenir tout état d'angoisse ; l'adolescente tente par une approche **masochiste** de son anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à son imago féminine, qui ne la satisfait pas.

Par ailleurs, **cette érogénéité et érotisation du corps reste morbides et prégénitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité prégénitale de type sadomasochiste.**

⁴⁶⁴ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.						
2. J'évite de manger quand j'ai faim.						
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.						
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.						
5. Je coupe la nourriture en petit morceaux.						
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.						
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)						
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.						
9. Je vomis après avoir mangé.						
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.						
13. On pense que je suis trop maigre.						
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						
15. Je mange plus lentement que les autres						
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						
17. Je mange des aliments de régime.						
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.						
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.						
20. Je pense que l'on me force à manger.						
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.						
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.						
23. Je me mets au régime.						
24. J'aime avoir l'estomac vide.						
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.						
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.						

Cotation :

Items directs :

Toujours :

10. 14. 19. 20. 26.

$$3*6 = 18$$

Très souvent :

16.

$$1*2 = 2$$

Souvent :

1. 9.

$$2*1 = 2.$$

Quelque fois/ rarement/ jamais :

3. 4. 5. 6. 7. 17. 18. 21. 22.

$$9*0 = 0$$

$$\text{Total : } 18+2+2+0 = \mathbf{22}.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3*1 = 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

12.

$$1*1 = 1.$$

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 13. 15. 23.

$$5*0 = 0$$

$$\text{Total : } 3+1+0 = \mathbf{4}$$

Total général :

$$22+ 4 = 26. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé	X					en bonne santé
2. physiquement attirant					X	non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin			X			masculin
5. pur, propre					X	impur, sale
6. exprimant la crainte		X				exprimant l'audace
7. vide					X	plein
8. quelque chose que l'on touche					X	quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid	X					tendre, chaleureux
10. exprimant la colère	X					exprimant l'apaisement
11. expressif				X		Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein				X		nerveux, inquiet
14. vieux			X			jeune
15. érotique				X		non érotique
16. fragile, faible	X					résistant, fort
17. joyeux					X	triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas	X					quelque chose que l'on regarde
19. énergique			X			non énergique

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$$1+2+5+1+1+1+3+1+1= 16.$$

- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$$3+3+1+1+2+2+2+1+3= 17.$$

- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

3.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$$16+17+3 = 36.$$

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH.

Nom et prénom : B. N

Date : 02/12/2008.

Age : 21 ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs.
PL. I 1'.37".20	Je ne sais pas ... De nature je ne parle pas beaucoup. De toute façon, je ne vois rien.						Choc
PL. II 1'.04".86	V >< ^ le cœur d'un être humain		G	FE	Anat		
PL. III 1'.00	Rien						Refus
PL. IV 1'.48".96	V >< ^ On dirait que j'ai vu un diable dans cette planche, ou plutôt le visage d'une grenouille.	Oui, je pense que c'est le visage d'une grenouille	G	F-	Ad		Choc Annulation
PL. V 21".19	^ Là, il s'agit bien d'une chauve souri.		G	F+	A	Ban	
	Une chauve souri avec des antennes.	D supérieur	Dd	F+	Ad		
PL. VI 1'.09".78	V >< ^ je n'ai rien vu. Ce petit bout ressemble à la tête d'un serpent.	Dd supérieur	D	F+	Ad		→choc
	^ peau d'animal.	D inférieur	D	FE	Ad	Ban	dévitilisation
PL. VII 1'.07".72	Des fantômes	Dd latéral gris très clair	Dd	F-	(H)		dévitilisation
	En dirait la tête d'un lapin	D supérieur	D	F+	Ad		
	Papillon, c'est tout	D inférieur gris clair	D	F+	A		
PL.VIII 00'.50"	C'est un animal mais je ne me rappelle pas son nom, celui qui ressemble à un chat,... Ah ça y'est je me rappelle... C'est une panthère. C'est tout	Rose latéral	D	F+	A	Ban	

PL. IX 00'.56"	Rien... -La carte géographique de l'Algérie. C'est tout	-Vert latéral	D	F-	Geo		Equivalent Choc Geo
PL. X 34'.57	V >< ^ Rien du tout.						Refus
Aucune planche ne m'a plût mais la planche 4 plus que les autres							

Nom : B.N.

Date : 02. 12. 2008.

Age : 21 Ans.

Motif : sujet anorectique.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 11 < Norme [20-30]

G : 03 < Norme [7-10]

G % : 27% = Norme [20-30%]

D : 6 < Norme [15-20]

D% : 55% < Norme [68-70%]

Dd : 2

Dd% : 18% > Norme [6-10%]

Déterminent:

F+ : 06

F- : 03

FE : 02

F PUR = 54.54% = Norme [50-70%].

F élargi : 72.72% < Norme [50-70%]

Contenus :

(H) : 01

H% : 9.09% > Norme [15- 20%].

A : 03.

Ad : 05.

A % : 45.45% = Norme [35-50%].

Ban : 03. < Norme [05-07].

Type d'appréhension :

D → G → Dd

Succession :

Inversée et rigide.

TRI :

x K/ y C.

0 = 0 coarté pur

Il s'agit d'un blocage, ou pauvreté réelle de l'expression.

(Terrain psychotique).

Formule complémentaire :

K/E → FE = 0.5*2 = 1

0 < 1

L'anxiété est confirmée.

Choc : 02

Equivalent Choc: 01

Refus : 02

Tendance choc : 02

Dévitalisation : 02

Geo : 01.

Anat : 01.

Annulation : 01.

RC % :

(2*100) : 11 = 18% < 30%

confirme l'aspect anxieux

Analyse dynamique :

Au vu du nombre des réponses (11), il s'agit d'une pauvreté dans la production, avec une succession inversée et rigide, ainsi qu'un type d'appréhension de $D \rightarrow G \rightarrow Dd$.

Au regard du pourcentage des réponses G suffisant, et celui des réponses D inférieur à la norme, il s'agit d'un effort d'adaptation intense, confirmé par le nombre de banalité inférieur à 5 ce qui renseigne sur un manque d'adaptation sociale et un anticonformisme, ainsi qu'un faible fonctionnement intellectuel, la réponse Geo, rejoint cette hypothèse, étant donné qu'elle rend compte d'un complexe d'intelligence sur le mode scolaire.

Il peut s'agir d'une pauvreté d'expression due à :

- Une pauvreté de la pensée.
- Une inhibition à l'approche d'un objet nouveau (test).

Cet effort dans la perception dans la globalité, peut signifier **une conduite défensive** qui survolte une réalité globale contre l'émergence d'affects, conforter par un pourcentage insuffisant des réponses D, renvoie au refoulement, on peut supposer qu'on est en face d'une dimension alexithymique importante. Ce qui confirme l'ancrage dans le réel établi à travers le règne animal, cette hypothèse est soutenue par la quasi absence du contenu humain et perçu sous forme masquée et dévitalisée ou dans le détail, ce qui confirme la régression dans le règne animal et qui marque l'inhibition.

On peut dire que l'image humaine provoque un malaise chez la patiente, par la présence de réponse Anat qui renvoi à une narcissisation et étalage du corps, qui peut exprimer une préoccupation sexuelle exprimé de manière détournée ou des tendances hypocondriaques ; vu le pourcentage important des Dd. L'association des contenus Hd à des réponses Anat laisse révéler des angoisses (l'aspect anxieux est confirmé) centrées autour du corps.

Les mécanismes de défense :

L'association des réponses D à des déterminants de bonnes qualités (F+), peut rendre compte d'une démarche intellectuelle méticuleuse qui s'inscrit dans un registre défensif obsessionnel et rigide, tout cela peut témoigner d'une mauvaise reconnaissance de l'intégrité de soi, d'un effort de globalisation où la patiente va s'interdire toute découpe par peur de ne plus pouvoir **contrôler** le tout.

L'absence des réponses « d'expression affective » C, confirme le système défensif rigide où l'alexithymie règne, ce système cherche à contrôler des situations angoissantes et pénibles par rapport au nombre global des R inférieur à la norme, Anat et E. Cependant, vu le nombre des réponses A, il s'agirait d'une **régression** et ancrage dans le règne animal, qui protègent le sujet et lui permettent de constituer un aménagement compensatoire, avec une **fixation** dans un stade prégénital avec une exclusivité de la maîtrise.

Cette régression est confirmée aussi par la présence de réponse Anat, qui peut rendre compte sur un étalage corporel dû à une fixation et à un investissement massif du corps.

S'agit-il alors d'une érotisation et érogénéité du corps par l'étalage, étant donné qu'on est en face d'une patiente présentant une anorexie mentale où l'excitation de l'appareil digestif procure un plaisir (phase d'analité) ?

L'absence des réponses C démontre un contrôle d'affect, une méfiance, aussi, le pourcentage des réponses G montre une tentative de contrôler l'angoisse en face des situations pénibles, avec un **refoulement** massif vu les réponses « choc ».

Cette régression est accompagnée de **projection** sur le règne animal

L'absence des réponses K, peut témoigner d'une absence d'exister, d'une identité mal différenciée, ce qui renseigne sur un processus d'individuation considéré comme inopérant ; conforté par l'absence des réponses H sauf sous détaillée ou dévitalisée, qui peut traduire une angoisse de morcellement :

Peut-il s'agir alors d'un cas présentant un terrain psychotique ?

A partir de toutes ces données :

Peut-il s'agir d'un problème d'identification à l'image humaine sexuée et le corps en entiers ? Notre cas présente –t- il une dimension masochiste à travers son anorexie ?

A partir de la présence des réponses F- dans les planches :

Planche IV : L'idée de la puissance.

Planche VII : Planche maternelle.

Planche IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Des réponses : Tendances Choc dans la planche :

Planche VI : Sexuelle.

Des réponses Choc dans la planche :

Planche I : Amorce.

Des réponses Refus dans les planches :

Planche III : Couple parental.

Planche X : Fonction ludique.

On peut dégager l'hypothèse suivante :

Problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmée par les données recueillies et présentées à travers les entretiens et à partir de l'analyse du Psychogramme.

Conclusion :

A la lumière de ce qui a été énoncées jusqu'à lors, il s'agit d'une participation affective intense laissant peu de place à la connaissance même. Cette démarche est centrée sur des préoccupations souvent corporelles.

Dans la planche 9, on est en face d'une identification à l'objet perdu. « *Qui a pour fonction de « court-circuiter » l'angoisse de morcellement par perte réalisée de l'objet anaclitique, elle présente l'inconvénient d'interdire toute élaboration des affects négatifs à l'égard de l'objet puisque ce dernier n'est pas différencié de soi. Le seul destin des affects négatifs est alors d'envahir le sujet modifié par l'introjection de l'objet dans une destructivité mortifère* » (DEBRAY, 2000. p. 477)⁴⁶⁵. Effectivement et comme il a été déjà énoncé il s'agit d'une mauvaise différenciation sujet/objet, donc, l'attaque au corps sexué et en réalité une attaque du corps maternel dont l'anorexique s'est insuffisamment différenciée (planche 7).

A travers le mécanisme de défense **identification à l'objet perdu**. Ainsi que l'hyperactivité notée chez cette patiente, la non élaboration des affects est confirmée, elle permet « *temporairement (l'hyperactivité) au sujet de ne pas être confronté à la souffrance et à un déplaisir qui serait très intense pour pouvoir être admis consciemment mais n'autorise pas d'avantage un début d'élaboration de ces affects.* » (DEBRAY, 2000. P. 477.)⁴⁶⁶.

Les mécanismes de défense les plus dominants sont : régression aux stades prégénitaux avec fixation au stade sadique anal, projection, introjection, rationalisation, refoulement des affects. La nature des défenses intrapsychiques interpellées est obsessionnelles et rigide, peuvent interdire l'arrivée au conscient de tout affect et aussi l'impossibilité d'un travail d'élaboration mentale (DEBRAY, 2000. p.471)⁴⁶⁷, ce qui renvoie à l'alexithymie.

Dimension alexithymique :

A travers toutes ces données, la patiente contrôle massivement l'émergence de son affectivité, par l'utilisation d'une conduite défensive suffisamment rigide, en plus de cette non élaboration des affects, la verbalisation cesse d'être, pour notre sujet, la voie corporelle seule (pleure) prend le relais, à la place des mots, cette décharge dans l'agir comportemental traduit une **mentalisation erronée** ()⁴⁶⁸, avec un surinvestissement de la réalité (pensée opératoire).

⁴⁶⁵ DEBRAY, Bulletin de psychologie. Tome. 53. (4) 448. 2000. p.477.

⁴⁶⁶ DEBRAY, Bulletin de psychologie. Tome. 53. (4) 448. 2000. p.477.

⁴⁶⁷ DEBRAY, Bulletin de psychologie. Tome. 53. (4) 448. 2000. p.471.

⁴⁶⁸

La patiente impose à son corps un contrôle alimentaire, se voit maigrir et ça lui plait. La dimension alexithymique pour MARTY (psychosomatique et psychanalyse. P.617)⁴⁶⁹ « *La maladie peut devenir un « objet » mental pour le malade et contribuer à sa réorganisation remplaçant plus ou moins, en quelques sorte, l'objet perdu qui était à la source de la désorganisation première. On observe alors une certaine re-libidinisation des sujets.* ».

La reviviscence du conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence. Cependant le côté maîtrise actif est mobilisé à des fins défensives contre les manifestations d'angoisse liées aux préoccupations corporelles spécifiques à cette période.

Sur le plan fantasmatique la pulsion de destruction est dominante et due à une perturbation de la relation mère/enfant chez la patiente ou une insatisfaction ce qui a engendré **une destruction du corps qui en réalité reflète un désir de destruction de l'image de la mère** introjectée vu qu'on est en face d'une **identité mal différenciée**, et un **processus d'individuation considéré comme inopérant**, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité et de l'alexithymie et engendre **des tendances masochistes** qui s'avèrent manifestes avec insistance.

En somme, il s'agit d'une relibidinalisation du corps en même temps qu'un investissement de la zone orale sadique avec exercice de contrôle sur le corps, comme seul lieu de décharge, traduisant ainsi par la privation alimentaire imposée (anorexie) une expression morbide de la sexualité -confirmée par l'appréhension des relations hétérosexuelles-, et une destruction du corps, ce qui explique une expression sexuelle prégénitale sadomasochiste à travers le symptôme de l'anorexie mentale.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

⁴⁶⁹ Psychosomatique et psychanalyse. P.617

PRESENTATION DU TROISIEME CAS : B.M

DONNEES PERSONELLES :

Age : 22 ans.
Profession : secrétaire.
Rang dans la fratrie : 1/1.
Poids : 37 KG. Date de dernière prise de poids : un mois.
Taille : 1.66 m.
Niveau socio-économique : Moyen.
Situation matrimoniale : Célibataire.

B.M est une jeune fille âgée de 22 ans, elle a un diplôme en secrétariat et travaille dans le cadre du pré emploi, elle est venue d'elle-même au service de la DAS (direction de l'action sociale), afin de voir un psychologue, sa demande initiale est de se débarrasser de son angoisse et son lourd fardeau.

En se cachant derrière une apparence masculine, elle essaie cacher certaines parties de son corps, cependant et malgré une maigreur prononcée, notre cas se voit très grosse.

Elle présente une position souvent penchée, bras et mains croisés, pour cacher sa poitrine.

Les entretiens se sont déroulés tous au niveau du bureau du suivi et soutien pédagogique des établissements spécialisés, de la DAS.

Observations lors des entretiens :

A travers les différents entretiens avec la jeune fille, au nombre de trois (03) de une heure et demi à deux heures chacun (1h.30 – 2h.00), on constate un désarroi perceptible, la patiente banalise son anorexie, bien qu'elle soit préoccupée par son apparence, et son poids.

A partir de ces entretiens on remarque les symptômes suivants :

- Importante maigreur.
- Anorexie sélective « *prendre les fruits les moins caloriques tel que les oranges, mandarines, pastèques..., ou du yaourt nature* ».
- Problèmes relationnels avec son entourage.
- Difficultés à construire de nouveaux liens sociaux, ni mêmes renforcer ceux qui sont déjà établis.
- Préoccupations corporelles.
- Plaintes hypocondriaques.

Evénements importants :

- Grossesse et accouchement à l'âge de 16 ans.
- Accentuation de l'anorexie vers l'âge de 17 ans.
- Décès du père le mois de février 2008.
- Rivalité et jalousie vis à vis de la mère. Avec reviviscence de l'Oedipe.

1. Difficultés à exprimer les émotions :

Il est souvent plus facile d'exprimer des émotions positives. Pour exprimer les émotions qui affectent davantage il faut avoir confiance en la personne à qui elles sont exprimées. Pour bien exprimer les émotions ressenties, il faut parfois se rendre plus vulnérable et M, n'est pas de cet avis, c'est pour ça qu'elle a préféré son entretien. Notre cas est très réservé quant à ses états affectifs. Elle n'aime pas montrer des signes de faiblesse. Pour elle, pleurer ou se montrer sensible font partie de ces signes. Donc tant qu'elle peut rationaliser, elle le fait et lorsqu'elle ne peut plus, elle éclate en sanglots et ne veut pas que personne sache qu'elle a pleuré : *« je n'aime pas qu'on me voit pleurer, c'est insupportable, je n'aime pas pleurer, c'est une faiblesse et je n'aime pas l'être, ça m'arrive rarement heureusement. »*. D'ailleurs malgré que la patiente soit venue de son propre gré pour demander de l'aide, elle reste peu bavarde, or son regard dégage beaucoup de tristesse, son corps exprime un repli, vu son penchement dans sa position assise ou debout, -si comme si elle voulait se cacher les seins-, les bras bien croisés, même les pieds.

Le contrôle des émotions s'étale jusqu'à son alimentation et se limite à prendre que les fruits les moins caloriques tel que les oranges, mandarines, pastèques..., ou du yaourt nature. Ce régime hypocalorique s'accompagne d'une potomanie : *« je prends beaucoup beaucoup d'eau, elle me sert de coup faim et de coupe appétit d'une part, et d'autre part elle me facilite les vomissements »*.

Le calcul des calories fait partie de son quotidien, elle est très exigeante perfectionniste, elle semble vouloir garder un contrôle sur son corps : *« je dispose d'un petit carnet nutritionnel qui indique les valeurs énergétiques et caloriques de chaque aliments, je calcule tout ce que je prends, de toute façon je ne prends que les fruits les moins caloriques tels que mandarines, orange ou pastèque (...) sinon, je me fais vomir tout de suite. »*.

Par ailleurs M, n'aime pas qu'on lui dise quoi faire et comment. Elle voudrait être libre de faire ce qu'elle veut, -c'est une source de conflit avec sa mère-. Les gens qui la contredisent sont généralement des gens de qui elle se tient loin.

2. Plaintes hypocondriaques :

La patiente se plaint toujours de divers maux et vit en permanence son corps comme un fardeau. Celui-ci n'est investi qu'au niveau des zones douloureuses.

Ses sensations cénesthésiques sont interprétées de façon toujours douloureuse et déclenchent en elle une anxiété morbide. Elle a des préoccupations hypocondriaques

importantes.

« Non, pas besoin, à chaque fois que je consulte, on me dit que je ne souffrait de rien, mais je le sais parce que j'ai tout le temps des palpitations, des bains de sueurs, tout les symptômes nécessaires, en plus des douleurs que je sens tout le temps, sans citer d'autres maux, tels que des douleurs au niveau de mon estomac qui n'ont pas lieu d'être , ou même d'autres que j'ai oublié, en tout cas trop de douleurs qui me font haïr mon corps. Pourtant j'essaye d'entretenir mon corps. »

Ses inquiétudes hypocondriaques lui évitent de symboliser ses plaintes au niveau de l'inconscient et témoignent d'une réelle perturbation dans sa relation à son corps. Le vécu corporel, menacé de mort, est sauvé par le sacrifice d'une partie de soi, désignée comme malade.

Comme l'explique FREUD⁴⁷⁰ : *« Le psychisme fait alors un saut dans le réel »*, mais nous ne pouvons en faire la preuve. Le seul indice qui peut nous autoriser à le penser est la formulation qu'elle fait de ses symptômes et qui témoigne d'une tentative de leurs mises en mots, peut renseigner qu'il est possible que ses affections à traduction somatique puissent traduire des frustrations et des conflits émotionnels non résolus.

Cette réalité somatique pourrait se concevoir, comme un mécanisme de défense, qui sur une prévalence biologique, permettrait à notre cas de faire face à des affects qu'elle ne peut gérer car excédant ses forces psychiques contenantes.

À l'adolescence, les crises anorectiques s'organisent. Elles sont le reflet de la position plus active qu'elle prend dans les conflits psychologiques qu'elle vit et qui, dans le passage à l'acte, viennent moduler les positions plus passives qu'elle adopte dans ses plaintes hypocondriaques notamment. Ici, elle agit ses conflits.

3. Aspect féminité :

Notre sujet, se cache derrière une tenue assez masculine ; ne met que des pantalons, mais avec des pulls ou liquettes suffisamment longs, pour cacher ses hanches. Malgré son effrayante maigreur, elle se voit très grosse,

M, ne revêt pas une apparence considérée généralement comme « féminine », et n'a pas envie de l'être ou de le devenir. Elle aurait voulu être un garçon, elle pense qu'en ne présentant aucune des caractéristiques associées à la féminité, elle souffrira moins :

⁴⁷⁰FREUD S. (1915), Pulsions et destins des pulsions, in *Métapsychologie*, Gallimard, 1968.

« Je n'aime pas mettre des jupes des collants des talons hauts, tout le monde sait que je suis une fille je n'ai pas à le montrer encore plus, je ne veux pas avoir trop de seins et de hanches, j'aurais aimé être un garçon, comme ça personne n'aura envie de moi, et je souffrirai moins je pourrai être plus libre plus légère (...)»

4. Les liens sociaux :

A. Relations avec le père :

M, s'entend bien avec son père, il était toujours là pour elle, « (...) heureusement que mon père était, je voyais de la déception dans ces yeux, mais il m'entourait de beaucoup d'affection, il essayait de me pousser vers l'avant quelque soit la situation ».

En l'absence d'une mère suffisamment bonne, le père prend la place du substitut maternelle.

« Grâce à ses encouragements j'ai pu faire secrétariat et travaillé dans une société dans le cadre du pré-emploi ». On peut se demander ainsi, si la formation et son intégration professionnelle ne répondent pas à un « besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante. » (JEAMMET, 1990, 38.)⁴⁷¹.

A. 1. Le décès de son père :

Attachée et fragilisée par l'angoisse de la séparation et de la perte, elle éprouve toujours le besoin de s'appuyer sur l'autre, faute de trouver en elle-même les forces nécessaires pour affirmer son Moi. Que l'autre s'absente et le désarroi s'installe :

« Après son décès je me sens perdu, je ne sais plus où donner la tête, j'ai envie de mourir moi aussi peut être que je serai avec lui ».

Le deuil de son père lui est insupportable, la privant d'une de **relation d'objet essentiellement anaclitique**, secondaire à la carence maternelle. Cette relation anaclitique par **étayage** et **l'angoisse de perte d'Objet** (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

Le père incarnait « un bon objet interne » (M. KLEIN, 1968)⁴⁷² faisant office de point d'appui psychique. En disparaissant, il renvoie notre cas à une absence intolérable. Ainsi, la nature du dysfonctionnement de la relation à son père retrouve dans cette analyse une place

⁴⁷¹ JEAMMET, P. 1990. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

⁴⁷² KLEIN, M. 1968, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard.

primordiale, dans l'échec à l'inscrire dans l'ordre symbolique, favorisant ainsi d'autant plus les dysfonctionnements de la relation à la mère. Le regard de celui-ci porté sur sa fille, se surajoutant au vide du regard maternel, a pu susciter chez la petite fille un fantasme de séduction et un investissement à la mesure de sa perception de la non-satisfaction maternelle.

Dans le fonctionnement de M, **l'idéalisation** qu'elle porte à son père l'empêche d'élaborer un travail même de deuil et de renoncer à la perte de l'objet qu'il incarne.

Investir un autre objet serait prendre le risque de perdre cet objet qui n'est pas reconnu comme ne faisant pas partie de soi. Pour que le travail de deuil s'accomplisse, elle doit renoncer à une partie d'elle-même, à la perte de cette quête illusoire d'une retrouvaille paternelle.

B. Relation avec la mère :

La relation de M avec sa mère est assez superficielle, elles n'abordent pas certains sujets quand elles parlent, notre cas ne s'est jamais bien entendu avec sa mère. Elle était du genre à vouloir que tout fonctionne à sa manière. Il n'y avait pas de place à la négociation avec elle et ça la frustrait au plus haut point. Aujourd'hui elle est exactement comme sa mère avec tout le monde. Il s'agit là d'une **identification à l'agresseur** et en même temps un sentiment de **rivalité** très intense :

D'après Pierre BOQUEL (SAMY Ali, 2003, p. 36-37)⁴⁷³. : *« Soit le cas n'existe pas dans une relation affective maternelle, soit elle existe mais pas pour ce qu'elle est : elle existe entant que femme qu'elle n'est pas encore de plus comme une femme rivale de la mère projetée dans une proximité fantasmatique avec le père. Très tôt, la patiente est positionnée dans une relation conflictuelle dangereuse débouchant sur un sentiment d'humiliation*

Cette situation est responsable d'une attitude ambivalente chez l'enfant : la patiente adopte l'attitude paradoxale de sa mère, seule possibilité devant une telle situation. Enfant, elle devient la femme jalouse de la mère ».

Notre cas explique : *« ma mère a toujours tout contrôlé, ça m'embêtait, quand j'étais jeune je me sentais impuissante, mais maintenant j'arrive à réagir, elle contrôlait même mon père, en réalité je sais que je suis agressive avec elle, si comme si je n'arrivais pas à lui pardonner quelque chose mais je ne sais pas quoi, la seule chose qui me vient à l'esprit là maintenant est le fait qu'elle a gardé l'autre... l'enfant, mais je sais qu'il y'a autre chose mais quoi, aucune idée, elle avait tout pour elle, mon père, un foyer... moi contrairement à elle j'écoute l'autre mais je fais ce qu'il me semble bon, elle... elle n'écoutait personne il n'ya qu'elle qui parle , qui décide, qui ordonne, et ça me révolte. Après mon accouchement par*

⁴⁷³ Pierre BOQUEL in, SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.36-37.

exemple, elle a tout planifié, c'est elle qui a décidé de garder l'enfant, et dès que l'occasion se présente, elle me dit que tantôt, heureusement que tu nous as donné cet enfant, et tantôt, elle me dit que toute fille de famille ne fait pas ce que j'ai fait».

Par ailleurs, M préférerait prendre du laitage symbole de la nourriture maternelle, notre cas cherchait quand même un lien qui pouvait la faire rapprocher de sa mère : « *Quand j'étais jeune je préférerais prendre les laitages, et évitais les autres aliments, »*

C. Relations sociales :

M est une personne réservée à ce niveau, les gens ne connaissent rien d'elle. Elle n'entretient aucune relation avec ces gens. À l'extérieur de sa famille et en dehors de sa tante, elle ne fréquente personne. Ses ami-ies d'école, collègues, savent seulement qu'elle étudiait ou travaille avec eux. Elle veut que les gens sachent le moins possible sur elle. Quand elle était écolière ; elle faisait des travaux d'équipe mais sans pour autant partager quoi que se soit avec: « *je n'ai pas d'amis (ies) là où je travaille, ça ne m'intéresse pas que les gens se mêlent de mes affaires, je ne vois pas pourquoi j'aurais besoin d'étalé ma vie, je n'ai pas le goût de fréquenter d'autres personnes en dehors de ma famille, ça me fait peur, je n'aime pas être trahit, ça me fera mal, je n'ai plus envie de pleurer, ni de vivre d'autres chagrins, si je veux parler je discute avec ma tante, ça va, elle est compréhensive. ».*

Elle rajoute aussi : « *je sais que je ne ressemble pas aux autres, tout le monde a des amis sauf moi, mais je ne veux pas qu'ils s'approchent de moi, pour que les choses ne se développent pas, dans n'importe quel domaine, ni amoureux, ni amical, comme ça, je ne me confie à personne ».*

Pierre BOQUEL (in SAMY Ali, 2003, p. 37)⁴⁷⁴ explique qu' : « *il existe une distorsion de la relation affective qui se trouve orientée uniquement vers la sexualité. Cette connotation sexuelle de l'affect intervient sûrement dans la relation avec le cousin, plus tard, la prise de conscience de l'interdit crée une distance dans toute relation où l'affect apparaît. Toute relation devenant affective risque de s'accompagne de sexualité suivie d'humiliation. »*

C.1. La jalousie et la rivalité sont prégnantes pour notre cas, qui ne peut pas ou ne veut pas partager sa mère avec un autre.

Toutefois, cette même jalousie est la voie de dépassement de la relation « fusionnelle » avec la mère ; l'apparition d'un tiers personnage dans cette relation d'envie mère-enfant soulage le moi de M, en permettant de projeter tout ce qui est mauvais sur lui, pour garder la bonne mère, tremplin permettant de faire peu à peu un travail progressif de déplacement, de déliaison

⁴⁷⁴ Pierre BOQUEL in, SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.37.

puis de liaison du bon et du mauvais. La jalousie sort donc notre cas de la captation narcissique duelle et permet une distribution de l'amour et de la haine, qui vont pouvoir se moduler en gardant toujours un lien à un objet satisfaisant, tantôt le père, tantôt la mère, où peu à peu les différences vont s'enrichir d'expériences autres que bon/mauvais pour elle.

« Mais je n'aime toujours pas cet enfant, par moment je me dis que peut être que je suis jalouse de lui, car il s'est accaparé de la place qui me revenait de droit, ne suis-je pas leur unique et véritable enfant ? Malgré que ma mère est très sévère, je ne veux pas la partager avec lui, il m'a prit mes parents, au départ et quand ma mère a appris que j'étais enceinte, elle m'a frappé mais là j'ai l'impression qu'elle ne vit que pour cet enfant, elle a négligé tout le monde, même mon père, moi je ne pouvais faire de remarques, j'avais honte, peur de sa réaction, j'avais peur qu'elle me dise quelque chose de désagréable tel que : c'est ton enfant, un jour d'ailleurs elle m'a dit « c'est tes déchets que je nettoie derrière toi », mais en même temps, elle le prend en charge avec un réel plaisir, en dirait que c'est sa propre progéniture, elle ne pourra jamais lui dire « rien de cela n'aurai pu t'arriver si tu étais garçon » un garçon ne vivra jamais une grossesse, personne ne se rendra compte s'il a eu ou non des rapports sexuels, il n'aura pas à supporter le regard de l'autre, son jugement, malgré tout cela je ne veux pas lui donner ma mère, il s'est accaparé d'elle, »

5. Sexualité :

M, est loin d'être à l'aise avec son corps, elle a beaucoup de difficultés à regarder son corps, Lorsqu'elle a eu sa relation sexuelle avec son ex-fiancé c'était dans le noir et elle ne voulait pas se dévêtir complètement, elle voulait se cacher parce qu'elle ne se trouvait pas attirante quand elle était nue, *« (...) de toute les façons je ne pense pas être désirable physiquement lorsque je suis nue (...) »*.

Il a été déjà mentionné précédemment que l'insatisfaction corporelle et la *« distorsion de l'image corporelle »*⁴⁷⁵ sont caractéristiques de l'anorexie sans oublier et/ou une *« obsession de la honte du corps »* (chapitre I page 3)⁴⁷⁶.

« C'était des relations volées, j'avais toujours peur que quelqu'un nous surprend. Malgré que la lumière fût toujours éteinte, j'avais peur qu'il me regarde, j'avais trop honte, d'ailleurs je ne me déshabillais jamais contrairement à lui, il avait beaucoup de facilité à le faire. Je n'ai jamais désiré faire quoi que se soit, il ne cessait de me dire qu'on était fiancé, et c'est de son droit ».

⁴⁷⁵ DSM IV.

⁴⁷⁶ JEAMMET, P. in *Maigreurs Et Amaigrissement*, La Revue du Praticien, Tome 32,3. 225-310, p 258.

Aujourd'hui, M, refuse de fréquenter un garçon, « *je ne veux plus souffrir de peine d'amour, je refuse qu'un garçon me fasse pleurer, joue avec mon corps, (...) de toute les façons je ne pense pas être désirable physiquement lorsque je suis nue (...) j'aurais aimé être un garçon, comme ça personne n'aura envie de moi, et je souffrirai moins je pourrai être plus libre plus légère (...) j'ai horreur qu'on me considère comme un vulnérable trou.* ».

Malgré que cet enfant était non désiré ; M, voulais à travers cette la grossesse et la capacité à procréer se prouver dans sa recherche identitaire et identificatoire « *le caractère inaltéré de son dedans, et cette grossesse précoce vient également boucher l'ouverture sur une féminité angoissante.*» (NAOURI, A. 2002, P.8.)⁴⁷⁷.

Selon DELEUZE (1975, p. 109) ⁴⁷⁸ « *l'annulation du père et le désaveu de la sexualité* ». Ce qui explique le désir tout anorexique d'avoir un enfant pour soi-même; façon de se fabriquer un objet transitionnel qui relierait imaginativement à la mère, seule détentrice de « *l'organe idéal d'une énergie neutre, lui-même producteur d'idéal* »

6. Relation avec le corps :

M, se sens mal à l'aise dans son corps, elle le déteste même, pou elle il s'agirait plutôt, d'une enveloppe qui dérange.

« *De toutes les façons je ne pense pas être désirable physiquement lorsque je suis nue, quand je regarde ma nudité, je ne me reconnais plus, j'ai l'impression que je plane et que je regarde ce corps de l'extérieure, comme s'il ne m'appartenait pas, j'aurais aimé être un garçon, comme ça personne n'aura envie de moi, et je souffrirai moins je pourrai être plus libre plus légère, je n'aurai plus un corps à envier, un corps désiré par des vautours, j'ai horreur qu'on me considère comme un vulnérable trou.* »

Méconnaissant les risques qu'elle court, elle s'affranchit des besoins corporels en ne s'alimentant que très peu. Elle maigrit et prend l'habitude de calculer tous les aliments qu'elle ingère ainsi que leurs quantités sur un carnet qu'elle consacre à cet effet. M, manifeste, par le refus de subvenir aux besoins physiologiques de son corps, le vide, l'absence de quelque chose d'essentiel à son équilibre, son désir peut-être. Elle pose à sa façon la question du désir, qui est toujours liée à un manque, à l'absence de l'objet. Ainsi, ne s'alimentant de « rien »⁴⁷⁹, elle cherche inconsciemment à s'approprier l'objet sous sa forme la plus dépouillée. Cette toute puissance face à son corps lui permet un temps de tenir tête aux menaces dépressives très proches.

⁴⁷⁷ NAOURI, A. 2002, *Les filles et leurs mères*, Paris, Odile Jacob poche. P.8.

⁴⁷⁸ DELEUZE Gilles et GUATTARI Félix, 1975, *L'anti-Oedipe. Capitalisme et schizophrénie*, Minuit. , p. 109

⁴⁷⁹ LACAN, J. *Le séminaire Livre VIII Le Transfert*, Seuil, 2001.

Cependant, Lors du vécu de l'expérience de grossesse, c'est l'investissement du temps futur qui s'est trouvé altéré, interdit. Investir le temps, dans son écoulement, équivalait alors à accepter la réalité de l'état de grossesse. Or toute son énergie a été précisément mobilisée autour d'un refus, d'une négation, celui de cet état de grossesse. Elle s'est employée à arrêter magiquement le temps, à le nier.

Or c'est ce mouvement même de négation, d'effacement de cette « chose-là », qui altère l'équilibre du Je. S'engage ainsi une lutte pour la survie. Les pensées sont dangereuses, tout autant que le langage, en ce qu'ils donneraient corps à la réalité de l'état de grossesse, à cette vie en route, à la potentialité d'un enfant. Dans la violence de cette confrontation, la pensée se trouve paralysée, dans le même mouvement où le temps est suspendu. Le Je s'interdit de nommer ce qui constitue sa réalité, il s'enferme alors dans un rapport paradoxal au langage et à la représentation.

Lors de cette grossesse, elle met donc en œuvre un interdit d'autoreprésentation.

Elle se condamne au silence, et dans ce mouvement conserve par-devers elle, et isole les éprouvés sensoriels et émotionnels dans toute leur densité, en une jouissance *narcissique, phallique, mortifère* (Paul Laurent ASSOUN, 1994.)⁴⁸⁰, dont la culpabilité constituera la clef de voûte.

7. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin, kleptomanie. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**,

8. La vie fantasmatique :

A. L'agressivité :

Notre cas prend conscience de son agressivité et fait part, au cours des entretiens, de son sentiment de responsabilité et de culpabilité. D'après S. FREUD, une des deux parties du moi qui exerce une activité si cruelle inclut la conscience, instance critique dans le moi, appelée « idéal du moi » (FREUD, S. 1921. 117-217.)⁴⁸¹.

« (...) *En réalité je sais que je suis agressive avec elle, si comme si je n'arrivais pas à lui pardonner quelque chose mais je ne sais pas quoi,* »

⁴⁸⁰ Paul Laurent ASSOUN, 1994, La psychanalyse à l'épreuve du pouvoir, in *Analyse et réflexion sur le pouvoir*, Vol. II, Ouvrage collectif, Ellipses, Paris, p. 59-71

⁴⁸¹ FREUD, S. 1921. Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

D'après D.W. WINNICOTT, « *le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel qui permet le maintien d'une bonne représentation de l'objet en même temps que l'idée de sa destruction* » (WINNICOTT, 1984, p.40)⁴⁸².

Par ailleurs, et selon M. KLEIN, l'angoisse que ressent notre cas devant ses propres pulsions destructrices lui inspire la peur d'être elle-même exterminé par ses propres pulsions destructrices (KLEIN, M.1932)⁴⁸³.

M, aimerait pouvoir susciter l'amour de sa mère. La manifestation de son agressivité témoignerait de ses fantasmes inconscients et de son sentiment de désespoir à l'idée de ne pas être aimé. Comme l'a dit J. RIVIERE (1937, p.13)⁴⁸⁴, « *Il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leur condition de vie. Elles éprouvent le sentiment d'être frustrées* ». Par ailleurs, d'après M. KLEIN (1937, p.82)⁴⁸⁵, « *la raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. Ce sentiment provient de la peur inconsciente d'être incapable d'aimer suffisamment ou vraiment les autres et, en particulier, de leur incapacité de maîtriser leurs pulsions agressives à l'égard des autres : elles ont peur d'être un danger pour la personne aimée* ».

Aussi, M, manifeste clairement et à plusieurs reprises, un rejet, un déni par rapport à son fils devenu frère, D'après S. FREUD (1921, p.186)⁴⁸⁶ :

« *L'aîné des enfants voudrait, c'est certain, refouler jalousement celui qui vient après lui, le tenir à l'écart des parents et le dépouiller de ses droits...* ».

Dès lors, dès qu'elle est confrontée à une frustration et donc au déplaisir que la mère montre à travers ses propos, elle manifeste de l'agressivité. M, semble être intensément jalouse de son fils/frère dans la mesure où elle le considère comme un rival dans l'amour des parents.

« *La seule chose qui me vient à l'esprit là maintenant est le fait qu'elle a gardé l'autre... l'enfant, (...). Après mon accouchement par exemple, elle a tout planifié, c'est elle qui a décidé de garder l'enfant, et dès que l'occasion se présente, elle me dit que tantôt,*

⁴⁸²WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004. p.40

⁴⁸³KLEIN, M. 1932. *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.

⁴⁸⁴KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989. P. 13.

⁴⁸⁵Idem. P. 82

⁴⁸⁶FREUD, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, P. 186

heureusement que tu nous as donné cet enfant, et tantôt, elle me dit que toute fille de famille ne fait pas ce que j'ai fait».

« Mais je n'aime toujours pas cet enfant, par moment je me dis que peut être que je suis jalouse de lui, car il s'est accaparé de la place qui me revenait de droit, ne suis-je pas leur unique et véritable enfant ? Malgré que ma mère est très sévère, je ne veux pas la partager avec lui, il m'a prit mes parents, au départ et quand ma mère a appris que j'étais enceinte, elle m'a frappé mais là j'ai l'impression qu'elle ne vit que pour cet enfant, elle a négligé tout le monde, même mon père, moi je ne pouvais faire de remarques, j'avais honte, peur de sa réaction, j'avais peur qu'elle me dise quelque chose de désagréable tel que : c'est ton enfant, un jour d'ailleurs elle m'a dit « c'est tes déchets que je nettoie derrière toi », mais en même temps, elle le prend en charge avec un réel plaisir, en dirait que c'est sa propre progéniture, elle ne pourra jamais lui dire « rien de cela n'aurai pu t'arriver si tu étais garçon » un garçon ne vivra jamais une grossesse, personne ne se rendra compte s'il a eu ou non des rapports sexuels, il n'aura pas à supporter le regard de l'autre, son jugement, malgré tout cela je ne veux pas lui donner ma mère, il s'est accaparé d'elle, »

B. La destruction :

Par ailleurs, on retrouve ici le dualisme pulsion de mort (Thanatos) – pulsion de vie (Eros) théorisé par S. FREUD dans l'opposition destruction et construction. En effet, alors que la pulsion de mort tend à désunir et à détruire les entités vitales à la mort, la pulsion de vie tend à unir, à former et à maintenir les entités vitales.

A travers les différentes scènes de violence auxquelles notre cas a assisté lorsqu'elle était petite ; On pourrait alors penser que R envisage sa mère comme un être châtré et son père comme le père castrateur depuis qu'il perçoit la scène primitive comme scène de castration de la mère par le père. Il y verrait quelque chose que la partie la plus forte fait subir avec violence à la plus faible

On repère que la **pulsion d'agression vise la domination de l'autre.**

Ainsi, comme l'a suggéré M. KLEIN conflits précoces survenant dans la relation mère-enfant, représenteraient les racines de la haine et également l'angoisse archaïque de destruction et de dévoration. Dès le début de sa vie, R, a été soumise à un conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Cette dernière est reconnue à l'œuvre dès l'origine de son existence car elle a menacé R, en induisant l'angoisse d'être abandonné.

Les violences exercées par son père à l'égard de sa mère ont abouti à un trouble de l'identification et à un défaut d'élaboration symbolique : l'agressivité ne peut trouver son sens positif.

Par ailleurs, et selon M. KLEIN, l'angoisse que ressent notre cas devant ses propres pulsions destructrices lui inspire la peur d'être lui-même exterminé par ses propres pulsions destructrices (KLEIN, M.1932)⁴⁸⁷.

M, aimerait pouvoir susciter l'amour de sa mère. La manifestation de son agressivité témoignerait de ses fantasmes inconscients et de son sentiment de désespoir à l'idée de ne pas être aimé. Comme l'a dit J. RIVIERE (1937, p.13)⁴⁸⁸, « *Il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leur condition de vie. Elles éprouvent le sentiment d'être frustrées* ». Par ailleurs, d'après M. KLEIN (1937, p.82)⁴⁸⁹, « *la raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. Ce sentiment provient de la peur inconsciente d'être incapable d'aimer suffisamment ou vraiment les autres et, en particulier, de leur incapacité de maîtriser leurs pulsions agressives à l'égard des autres : elles ont peur d'être un danger pour la personne aimée* ».

C. Fantasme de transgression de l'inceste :

A travers l'idéalisation de l'image du père, l'opposition que l'adolescente montre par rapport à sa mère, on constate une reviviscence de l'œdipe ; La jeune fille semble « se réserver » son père dans son fantasme.

Cette idéalisation l'empêche d'élaborer un travail même de deuil et de renoncer à la perte de l'objet qu'il incarne. Le père lui permet de **revivre le fantasme originare incestueux fantasmatiquement**, il s'agit d'une quête illusoire d'une retrouvaille paternelle :

D. Le fantasme d'auto engendrement :

La reprise du développement psycho sexuel, après la phase de latence va permettre un sentiment de renaissance à soi même et à autrui, ce qui entraîne, parfois un « *fantasme d'auto engendrement* » comme si la découverte de l'expérience sexuelle nouvelle provoquait une seconde naissance, voire même était le commencement de tout (C. DAVID, 1998, p. 9)⁴⁹⁰.

⁴⁸⁷KLEIN, M. 1932. *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.

⁴⁸⁸ KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989. P. 13.

⁴⁸⁹Idem. P. 82

⁴⁹⁰DAVID. C.1998. *Aimer c'est croître. Adolescence*, n°32.P. 9.

Notre cas s'est trouvée un objet d'amour extérieur à la famille ce qui permettra la reprise du développement psychosexuel : il peut donc être défini comme un objet de maturation. Il permet la reconstruction de son identité et la structuration de l'adolescente.

Cependant, et comme la jeune anorexique fonctionne selon un mode relationnel basé sur l'étayage (relation d'objet anaclitique), a été enfoncée encore plus dans son angoisse de perte d'objet, vu que ce nouvel objet, a fini par l'abandonner.

E. **Fantasme de séduction** : qui éveille aussi le sentiment de culpabilité, le regard du père porté sur sa fille, se surajoutant au vide du regard maternel, a pu susciter chez la petite fille un fantasme de séduction et un investissement à la mesure de sa perception de la non-satisfaction maternelle.

F. **Fantasme sadomasochiste** :

La jeune fille s'impose un contrôle massif de son corps, il s'agit évidemment d'un auto-sadisme, qui selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁴⁹¹, « est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces. ».

En outre de cette auto-agressivité l'adolescente dégage une hétéro-agressivité, dirigée spécialement envers la mère. Cette agressivité peut être source de plaisir, du fait que l'adolescente à travers son contrôle de son propre corps, elle cherche en réalité le contrôle d'une mère intrusive. Par ailleurs cela révèle aussi un **masochisme érogène**, où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine. D'après WINNICOTT (1957)⁴⁹² :

« L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication ».

F.1. **Tentative de contrôle sadomasochiste** :

Comme il été déjà expliqué, la patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

⁴⁹¹ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

⁴⁹² WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

Ainsi et à travers les éléments dégagés à savoir la relation anaclitique par étayage et l'angoisse de perte d'objet (Selon FREUD, l'objet d'amour est choisi sur le modèle de la mère qui nourrit et le père qui protège.), chaque tentative de perte de poids, suscite la réapparition de la violence des affects et des représentations qui la renvoie à ce vide existentiel intolérable et menaçant pour son identité. L'absent, absorbé, est maintenu en vie et il est extériorisé dans le comportement alimentaire. Par ses comportements M, paye inconsciemment de sa personne⁴⁹³ pour éviter le deuil de ses parents, deuil compris dans un sens symbolique à la fois pour sa mère toujours vivante mais attachée à son « fils-frère », et pour son père également dont la perte réelle, se confond avec la perte de la relation d'objet qui est à accepter.

D'autre part, le contrôle des émotions s'étale jusqu'à son alimentation et se limite à prendre que les fruits les moins caloriques tel que les oranges, mandarines, pastèques..., ou du yaourt nature. Ce régime hypocalorique s'accompagne d'une potomanie : *« je prends beaucoup beaucoup d'eau, elle me sert de coup faim et de coupe appétit d'une part, et d'autre part elle me facilite les vomissements ».*

F.2. Rituels alimentaires :

Le calcul des calories fait partie de son quotidien, elle est très exigeante perfectionniste, elle semble vouloir garder un contrôle sur son corps : *« je dispose d'un petit carnet nutritionnel qui indique les valeurs énergétiques et caloriques de chaque aliments, je calcule tout ce que je prends, de toute façon je ne prends que les fruits les moins caloriques tels que mandarines, orange ou pastèque (...) sinon, je me fais vomir tout de suite. ».*

Par ailleurs M, n'aime pas qu'on lui dise quoi faire et comment. Elle voudrait être libre de faire ce qu'elle veut, -c'est une source de conflit avec sa mère-. Les gens qui la contredisent sont généralement des gens de qui elle se tient loin.

Méconnaissant les risques qu'elle court, elle s'affranchit des besoins corporels en ne s'alimentant que très peu. Elle maigrit et prend l'habitude de calculer tous les aliments qu'elle ingère ainsi que leurs quantités sur un carnet qu'elle consacre à cet effet. M, manifeste, par le refus de subvenir aux besoins physiologiques de son corps, le vide, l'absence de quelque chose d'essentiel à son équilibre, son désir peut-être. Elle pose à sa façon la question du désir, qui est toujours liée à un manque, à l'absence de l'objet. Ainsi, ne s'alimentant de « rien »⁴⁹⁴, elle cherche inconsciemment à s'approprier l'objet sous sa forme la plus dépouillée. Cette toute

⁴⁹³ BERGERET, J, 1990. *Les conduites addictives, approches cliniques et thérapeutiques*, in : *les nouvelles addictions*, Paris, Masson.

⁴⁹⁴ LACAN, J. *Le séminaire Livre VIII Le Transfert*, Seuil, 2001.

puissance face à son corps lui permet un temps de tenir tête aux menaces dépressives très proches.

G. Fantasma de la jeunesse éternelle :

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

9. Les mécanismes de défense :

A. Identification :

L'adolescente manifeste une opposition à sa mère ; Ces propos nous semblent sous-tendre un conflit interne entre son besoin d'émancipation à l'emprise parentale et sa nécessité, pour cela, de s'identifier aux attentes maternelles, sachant que la mère ne cesse de répéter à sa fille qu'elle aurait aimé qu'elle soit un garçon, la seule manière de satisfaire son désir reste l'identifier au corps du père, en effaçant le corps féminin qu'elle incarne.

A.1. Echec de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère- fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

A.2. Identification à l'agresseur :

Ici on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**, ce qui rend la séparation potentiellement dangereuse, en s'en prenant à son corps, elle s'en prend au corps de sa mère, cette dépendance lui est insupportable voir même insurmontable.

S'agissant d'une mère dévorante ; comme dans le cas de **l'identification à l'agresseur**, et dans une tentative de contrôle elle ressemble exactement à sa mère. L'adolescente retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁴⁹⁵.

⁴⁹⁵ GUEGUEN. J-P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

Pour SAMY Ali (2003, p.06)⁴⁹⁶ : « *la relation établie avec le MOI se situe par rapport à un mode de pensée extrêmement rigide qui ne laisse aucune place à l'étranger et qui s'organise à partir d'une projection systématique de l'image maternelle sur toute relation ? Ce mode de pensée n'est en réalité que l'indice d'une difficulté chez elle à constituer sa propre identité dans une situation, où l'ensemble du fonctionnement familial ne tolère pas la différence et s'organise à partir de cette négation de l'autre, lorsqu'il est perçu comme non soi* »

Le corps est ici « *l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant,* » (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁴⁹⁷.

B. Dénier :

On constate que la jeune fille, dénie avec force son amaigrissement, une chose due à la mère qui lui transmettait son angoisse par rapport à son sexe, ce qui a entraîné un refus et un déni de la féminité, ce qui a causé une distinction précoce entre « MOI » et « PAS MOI », les frontières psychologiques se sont installées précocement entre la fille et la mère.

C. Déplacement :

On repère chez M, une hostilité dirigée vers l'agent frustrant : S se met en colère contre sa mère qui préfère son frère. Cette hostilité est également déplacée sur un substitut ; ne pouvant attaquer sa mère, elle s'en prend à plus faible, son frère. Elle déplace son affection pour son père sur son copain

D. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement ex-corporer par les vomissements.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

⁴⁹⁶ SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.6.

⁴⁹⁷ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

E. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

F. Idéalisation :

Notre cas idéalise l'image de son père.

Conclusion :

A partir des éléments dégagés des entretiens, on constate que la jeune fille est fragilisée par l'angoisse de la séparation et de la perte, elle éprouve toujours le besoin de s'appuyer sur l'autre, faute de trouver en elle-même les forces nécessaires pour affirmer son Moi. Que l'autre s'absente et le désarroi s'installe. Que sa mère suscite chez elle des pulsions libidinales et également des pulsions destructrices. C'est donc, sa mère, le même « *objet* » qui est à la fois aimé et haï. Ce qui génère chez la patiente un profond sentiment de culpabilité. Ces pulsions destructrices deviennent prévalentes à l'égard de sa mère et entraînent des mécanismes de défense appauvrissant (dévalorisation de soi, idéalisation défensive (le père), intensification de la haine...). Des formations réactionnelles font leur apparition avec le désir de réparer les dommages qu'il lui cause, dans ses fantasmes.

La patiente contrôle non seulement ses émotions mais aussi, l'alimentation qu'elle doit prendre, elle s'impose un régime hypocalorique qui s'accompagne d'une potomanie, le calcul calorique fait partie de son quotidien. A travers ce contrôle alimentaire elle veut garder le contrôle sur son corps.

La patiente présente de plaintes hypocondriaques, elle vit son corps comme un fardeau, et qui n'est investi qu'au niveau des zones érogènes douloureuses.

Ses inquiétudes hypocondriaques lui évitent de symboliser ses plaintes au niveau de l'inconscient et témoignent d'une réelle perturbation dans sa relation à son corps. Le vécu corporel, menacé de mort, est sauvé par le sacrifice d'une partie de soi, désignée comme malade.

Comme l'explique FREUD⁴⁹⁸ : « *Le psychisme fait alors un saut dans le réel* », mais nous ne pouvons en faire la preuve. Le seul indice qui peut nous autoriser à le penser est la formulation qu'elle fait de ses symptômes et qui témoigne d'une tentative de leurs mises en mots, peut renseigner qu'il est possible que ses affections à traduction somatique puissent traduire des frustrations et des conflits émotionnels non résolus.

Cette réalité somatique pourrait se concevoir, comme un mécanisme de défense, qui sur une prévalence biologique, permettrait à notre cas de faire face à des affects qu'elle ne peut gérer car excédant ses forces psychiques contenantes.

À l'adolescence, les crises anorectiques s'organisent. Elles sont le reflet de la position plus active qu'elle prend dans les conflits psychologiques qu'elle vit et qui, dans le passage à l'acte, viennent moduler les positions plus passives qu'elle adopte dans ses plaintes hypocondriaques notamment. Ici, elle agit ses conflits.

⁴⁹⁸FREUD S. (1915), Pulsions et destins des pulsions, in *Métapsychologie*, Gallimard, 1968.

En l'absence affective de la mère et le manque d'attention qu'elle doit normalement accorder à sa fille, la jeune anorexique prend le père comme substitut maternel il incarnait « *un bon objet interne* » (M. KLEIN, 1968)⁴⁹⁹.

Cette carence en maternage et absence d'étayage corporel maternel, cause une constitution défaillante de ses assises narcissiques, cependant, on peut se demander ainsi, si la formation et son intégration professionnelle ne répondent pas à comme l'explique JEAMMET, (1990, p. 38.)⁵⁰⁰ un « *besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante.* »

Le deuil de son père lui est insupportable, la privant d'une de **relation d'objet essentiellement anaclitique**, secondaire à la carence maternelle. Cette relation anaclitique par **étayage** et **l'angoisse de perte d'Objet** (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

Le regard de celui-ci porté sur sa fille, se surajoutant au vide du regard maternel, a pu susciter chez la petite fille un fantasme de séduction et un investissement à la mesure de sa perception de la non-satisfaction maternelle.

Ses crises de vomissements s'expliquent probablement dans un mouvement **d'incorporation**, une tentative d'absorber l'objet avant de le rejeter. Ces épisodes comportent une dimension **identificatoire** visible dans la répétition du comportement, mais témoignent de son échec d'identification. Ils constituent **une solution psychique et comportementale face à l'impossibilité d'une relation satisfaisante à l'objet. Et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.** Ainsi, **les tentatives de contrôle de poids semblent constituer également un mécanisme de défense à une émergence dépressive** renvoyant fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁵⁰¹, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère- enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du

⁴⁹⁹KLEIN, M. 1968, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard.

⁵⁰⁰ JEAMMET, P. 1990. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

⁵⁰¹ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

La patiente entretient des relations conflictuelles avec sa mère, et lui manifeste une attitude d'opposition, cependant en utilisant l'identification à l'agresseur la jeune fille est aujourd'hui exactement comme sa mère.

L'agressivité apparaît comme une affirmation de soi aux dépens d'autrui. Elle trouverait son origine dans les pulsions d'autoconservation, dans « les luttes du moi pour se maintenir et s'affirmer ». Elle œuvre du côté du principe de plaisir.

Lorsque la jeune fille est confrontée à la frustration et donc au déplaisir, elle manifeste une opposition active au niveau de son expression verbale. Ainsi, son attitude d'arrogance et sa colère témoignent également d'une tentative de jouissance.

Cette rage destructrice et la vengeance, le désir d'anéantir l'appétit et le besoin alimentaire aussi bien que les aliments, s'explique alors : « (On retrouve une certaine frénésie dans la compensation débridée des frustrations et dans la recherche toujours déçue d'une jouissance pleine et entière. » (FERNANDEZ, L., CATTEEUW, M. 2002,)⁵⁰²

Dès lors, à chaque tentative de perte de poids, la violence des affects et des représentations qui réapparaissent la submerge et la renvoie à ce vide existentiel intolérable et menaçant pour son identité. L'absent, absorbé, est maintenu en vie et il est extériorisé dans le comportement alimentaire. Par ses comportements M, paye inconsciemment de sa personne⁵⁰³ pour éviter le deuil de ses parents, deuil compris dans un sens symbolique à la fois pour sa mère toujours vivante mais attachée à son « fils- frère », et pour son père également dont la perte réelle, se confond avec la perte de la relation d'objet qui est à accepter.

M, n'a jamais été à l'aise dans son corps, elle ne se trouve pas attirante, elle a honte de son corps, toute fois, malgré que son enfant n'était pas désiré, elle le voulait inconsciemment car il constituait un objet transitionnel qui va la relire imaginativement à sa mère, elle voulait prouver sa capacité de procréation dans sa recherche identitaire et identificatoire « *le caractère inaltéré de son dedans, et cette grossesse précoce vient également boucher l'ouverture sur une féminité angoissante.* » (NAOURI, A. 2002, P.8.)⁵⁰⁴.

Notre cas dégage un sentiment de jalousie et de rivalité par rapport à son fils/ frère, dans la mesure où elle le considère comme un rival dans l'amour des parents. Dès lors, dès qu'elle

⁵⁰² FERNANDEZ, L., CATTEEUW, M. 2002, *Cliniques des addictions*, Paris, Nathan.

⁵⁰³ Bergeret, J, 1990. *Les conduites addictives, approches cliniques et thérapeutiques*, in : *les nouvelles addictions*, Paris, Masson.

⁵⁰⁴ NAOURI, A. 2002, *Les filles et leurs mères*, Paris, Odile Jacob poches. P.8.

est confrontée à une frustration et donc au déplaisir que la mère montre à travers ses propos, elle manifeste de l'agressivité.

M, aimerait pouvoir susciter l'amour de sa mère. La manifestation de son agressivité témoignerait de ses fantasmes inconscients et de son sentiment de désespoir à l'idée de ne pas être aimé. Comme l'a dit J. RIVIERE (1937, p.13)⁵⁰⁵, « *Il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leur condition de vie. Elles éprouvent le sentiment d'être frustrées* ». Par ailleurs, d'après M. KLEIN (1937, p.82)⁵⁰⁶, « *la raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. Ce sentiment provient de la peur inconsciente d'être incapable d'aimer suffisamment ou vraiment les autres et, en particulier, de leur incapacité de maîtriser leurs pulsions agressives à l'égard des autres : elles ont peur d'être un danger pour la personne aimée* ». Il semble que le clivage entre l'amour et la haine n'ait pu initialement s'instaurer en raison de l'environnement défaillant, ce qui aurait engendré un état de confusion où le mauvais menace constamment le bon.

La patiente ne se sent pas à l'aise dans son corps, elle montre une insatisfaction par rapport à son image corporelle, elle ressent une haine vis-à-vis de son corps, la patiente impose à son corps le manque de nourriture. Elle a développé un contrôle corporel, car elle refusait à son corps de ressentir quoique ce soit, elle l'a bloqué à travers un fonctionnement rationnel qui ne laisse pas de place aux différents plaisirs possibles pour l'être humain.

A travers cette attitude, M, exprime une forme morbide de la sexualité ou règne une auto- destruction, un auto- sadisme qui selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁵⁰⁷, « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces.* ».

En somme, par le biais de ce mouvement de fixation et régression orale sadique (par rapport au sevrage tardif) et anale (vu l'attitude de contrôle), la resexualisation du corps reste la

⁵⁰⁵ KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989. P. 13.

⁵⁰⁶ Idem. P. 82

⁵⁰⁷ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

seule solution évidente, car il devient le seul lieu de décharge pulsionnel, lui permettant d'éviter et de contenir tout état d'angoisse ; l'adolescente tente par une approche **masochiste** de son anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à son imago féminine, qui ne la satisfait pas.

Par ailleurs, **cette érogénéité et érotisation du corps reste morbides et pré-génitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité pré-génitale de type sadomasochiste.**

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.						X
2. J'évite de manger quand j'ai faim.					X	
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.	X					
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.	X					
5. Je coupe la nourriture en petit morceaux.		X				
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.						X
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)	X					
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.					X	
9. Je vomis après avoir mangé.						X
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						X
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.					X	
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.						X
13. On pense que je suis trop maigre.						X
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						X
15. Je mange plus lentement que les autres					X	
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						X
17. Je mange des aliments de régime.						X
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.			X			
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.						X
20. Je pense que l'on me force à manger.						X
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.		X				
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.					X	
23. Je me mets au régime.						X
24. J'aime avoir l'estomac vide.					X	
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.	X					
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.					X	

Cotation :

Items directs :

Toujours :

1.6. 9. 10. 14. 16. 17. 19. 20.

$$3*9 = 27$$

Très souvent :

2. 22. 24. 26.

$$2*4 = 8$$

Souvent :

/

Quelque fois/ rarement/ jamais :

3. 4. 5. 7. 18. 21.

$$0*6 = 0$$

$$\text{Total : } 18+2+2+0 = \mathbf{35}.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3*1 = 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

/

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 12. 13. 15. 23.

$$0*6 = 0$$

$$\text{Total : } 3+1+0 = \mathbf{3}$$

Total général :

$$35 + 3 = 38. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé	X					en bonne santé
2. physiquement attirant	X					non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin					X	masculin
5. pur, propre					X	impur, sale
6. exprimant la crainte	X					exprimant l'audace
7. vide	X					plein
8. quelque chose que l'on touche				X		quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid		X				tendre, chaleureux
10. exprimant la colère	X					exprimant l'apaisement
11. expressif	X					Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein				X		nerveux, inquiet
14. vieux	X					jeune
15. érotique					X	non érotique
16. fragile, faible	X					résistant, fort
17. joyeux					X	triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas	X					quelque chose que l'on regarde
19. énergique			X			non énergique

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$$1+1+1+2+1+1+1+1= 09.$$

- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$$5+3+1+2+5+2+1+1+3= 23.$$

- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

01.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$$9+23+1 = 33.$$

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH.

Nom et prénom : B. M

Date : 12/08/2008.

Age : 22 ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs
PL. I 15".29	Comment je fais Scorpion ou cancer C'est tout		G	F+	A		Hésitation
PL. II 1'.46".82	En dirait des poumons	Rouge supérieur	D	F+	Anat		→ Choc
	Un parapluie	Blanc central	Dbl	F+	Obj		
	Sang	Rouge inférieur	D	C	Sg		
	Eléments de meuble avec des taches C'est tout	Noir latéral	D	FE	Obj		
PL. III 35".51	Pingouin	Noir latéral	D	F+	A		
	Nœud papillon	Rouge central	D	F+	Vet	Ban	
	Des branches de poumons	Rouge supérieur	D	F-	Anat		
PL. IV 45".60	Pieds d'un ours	D inférieur	D	F+	Ad		
	Serpent C'est tout.	Noir supérieur latéral	Dd	F+	A		
PL.V 20".85	Comment appelle-t-on ça... oui c'est un aigle, c'est tout.		G	F+	A	Ban	
PL.VI 31".02	Un porte manteau	Au milieu	D	F+/-	Obj		
	Une cape en fourrure, c'est tout		G	E	Vet		
PL.VII 36".00	Un gigot de viande égorgée.	Noir supérieur latéral	D	F-	Anat		
	Papillon. Range elle-même la planche	Noir central	D	F+	A		

PL.VIII 1'.00".70	V >< ^ Deux chats	Rose latéral	D	F+	A	Ban	→Choc Symétrie
	Sauterelle	Vert foncé central	D	F+	A		
	Une feuille	Rose inférieur	D	F+	Bota		
	Poisson dans la mer	Tout le centre. Elle range d'elle-même la planche	Dbl	Kan	A		
PL. IX 1'.47".52	Poisson, Deux poumons plutôt, je l'ai déjà dit ce n'ai pas grave	L'orange	D	F-	Anat		Annulation Symétrie commentaire
	Poitrine	Le rose	D	F-	Anat		
	De l'herbe	Le vert	D	CF	Elément		
PL.X 1'.16".74	V >< ^ Hérisson	Le bleu	D	F+	A		→Choc
	Un grand cafard, voici ses antennes	Le gris supérieur	D	F+	A		
	Ventral d'un cœur	Le rose	D	F+/-	Anat		
	Je n'ai pas compris, c'est un fruit.	Orange et marron	D	F-	Aliment		

Nom et prénom : B. M
Age : 22 ans.
Motif : sujet anorectique.

Date : 12/08/2008.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 26= Norme [20-30]
G: 03 < Norme [7-10]
G %: 11.53% < Norme [20-30%]
D: 20. = Norme [15-20]
D% : 76.92% > Norme [68-70%]
Dd: 01
Dd % : 7.40% = Norme [6-10%]
Dbl : 02.
Dbl % : 7.69% > Norme [1-3%]

Déterminent:

F+ : 14.
F- : 06.
F+/-: 01.
CF: 01
C : 01.
E: 01
FE : 01
Kan : 01.
→C: 01.

Contenus :

A: 10.
Ad: 02.
A % = 46.15 % = Norme [35-50%].
Ban: 03. < Norme [05-07].

F élargi = 88.46 % > Norme [50-70%].
F PUR = 69.04 % = Norme [50-70%]. (Pour les ados 70%).
F+élargi = 78.57 % > Norme [50-70%].

Type d'appréhension :

D → G → Dbl → Dd

Succession :

Anarchique et rigide.

Indice d'angoisse :

(Hd + Anat + Sexe + Sg) * 100 : R
= 23.07% > [1-12%]. **Angoisse très importante.**

Indice d'impulsivité:

C+CF > FC → 1+1 > 0

TRI :

K/ C. (C=1*1.5, CF=1*1)

1 < 2.5 **extratensif mixte** confirmé par la présence des réponses E.

Formule complémentaire :

K/E → FE=0.5*1, E=1.5*1 → 1 < 2.5

→Choc : 03 (dans les planches couleur).

Annulation : 01

Commentaire : 01

Hésitation : 02

Aliment : 01.

Anat : 05.

Sang: 01.

Elément : 01.

Bota : 01.

Vet : 02.

Symétrie: 02.

RC %

(11*100) : 26 = 42.30 % > 30 %

Confirme l'extratensivité.

Analyse dynamique:

Il s'agit d'une production dans les normes, le nombre des réponses R est de 26, avec une perception dans le détail, cependant la succession est anarchique et rigide, et un type d'appréhension de $D \rightarrow G \rightarrow Dbl \rightarrow Dd$.

Au regard du pourcentage des réponses G% insuffisant, et celui des réponses D supérieur à la norme, ça montre un ancrage correct dans la réalité qui se fait à travers le règne animal, avec un faible investissement du fonctionnement intellectuel, c'est un effort intense d'adaptation avec le réel. Confirmé par un nombre inférieur à la norme des Banalités. Ce qui renseigne sur un manque d'adaptation sociale et d'un conformisme.

On peut supposer que l'image humaine provoque un malaise, vu la présence de Symétrie qui indique une image désagrée du corps propre, cette fragilité de l'image du corps est étayée par l'association des réponses F- à des contenus corporels, les réponses Anat révèlent des préoccupations pour la santé, une narcissisation du corps ; il s'agit de préoccupation sexuelle masquée, surtout que l'association des réponses Anat avec des contenus corporels Hd rend compte des angoisses centrées sur le corps. Il peut s'agir d'un retrait narcissique et des difficultés au niveau de l'identité, cette hypothèse est renforcée par l'absence de contenu humain, sauf sous forme cachée par des éléments Vêtement, synonyme d'un besoin de se protéger, avec un éventuel refus sois jacent de la féminité, aussi, les réponses Anat sont associées à des réponses Hd, ce qui renseigne sur une angoisse importante concernant le corps (cas d'anorexique).

Le pourcentage des réponses Dbl traduit un infantilisme, un aspect anxieux est indiqué par l'indice de l'angoisse, une amplification des réactions émotionnelles est rapportée par l'indice de l'impulsivité. A travers ces données la patiente fait preuve d'esprit d'observation, et reflète une agressivité inconsciente et refoulée, avec une inhibition pathologique d'affectivité s'inscrivant dans un contexte de failles, carence qui se situent dans les relations mère/ enfant.

Les mécanismes de défense :

L'association des réponses D à des déterminants de bonnes qualité (F+) majoritairement, il s'agit d'un système défensif souple à caractère adaptatif, qui cherche à contrer l'émergence des affects et à contrôler les situations angoissantes, par rapport au

pourcentage des réponses D et la présence des réponses Anat associées à un contenu humain perçu dans le détail. Mais ce registre défensif peut être mis en échec par des poussées d'angoisse et l'amplification des réactions émotionnelles tel que le montre le taux important de l'indice d'impulsivité.

Toutefois, et au vu du nombre des réponses A, il pourrait s'agir d'une **régression** dans le règne animal, que confirme aussi la réponse Kan et qui dénote des tendances infantiles et spontanées dans l'expression des désirs.

Il s'agit en même temps d'une **projection** sur des animaux qui facilite l'expression des conflits inconscients ; ce qui nous place en face de manifestations régressives renforcées par la présence des réponses : « vêtement, Bota, Dbl ». Au surplus, ce qui est important à noter, est la réponse « mer » qui renvoie à une régression vers la vie utérine. A tout ceci s'ajoute la **fixation** dans un stade prégénital, au vu de la réponse aliment qui renvoie à l'oralité. Cette hypothèse est renforcée par l'étalage de l'appareil respiratoire qui nous renvoie également à la **phase orale**.

Sans omettre de signaler le contrôle de l'émergence des affects par un important **refoulement**, vu le nombre des réactions Choc à la couleur qui rend compte sur une dimension alexithymique et un échec du refoulement interprété par l'apparition de l'anorexie mentale.

A partir de la présence des réponses F- dans les planches :

Planche III : Couple parental, construction de soi face à un semblable.

Planche VI : Idée de puissance.

Planche VII : Planche maternelle.

Planche IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Planche X : Fonction ludique.

Des réponses : Tendance Choc dans les planches :

Planche VIII : Planche représentation de l'intérieur du corps.

Planche IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Planche X : Fonction ludique.

On peut dégager la problématique suivante :

Problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmée par les données recueillies et présentées à travers les entretiens et à partir de l'analyse du Psychogramme.

Conclusion :

Il ressort du test des éléments dominants à savoir : un faible fonctionnement intellectuel, qui s'articule autour d'une problématique corporelle. Un contrôle d'émergence de l'affectivité est à enregistrer, il s'agit de manifestations indirectes d'angoisse.

Il s'agit d'un système défensif souple utilisé à des fins adaptatives.

Les mécanismes de défense éminents sont : régression, fixation, projection, refoulement, on est en face d'un niveau fantasmatique archaïque avec des pulsions d'agressivité et de destruction dominantes. et est due à une perturbation de la relation mère/enfant chez la patiente ou une insatisfaction ce qui a engendré **une destruction du corps qui en réalité reflète un désir de destruction de l'image de la mère** introjectée vu qu'on est en face d'une **identité mal différenciée**, et un **processus d'individuation considéré comme inopérant**, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité et de l'alexithymie et engendre **des tendances masochistes** qui s'avèrent manifestes avec insistance.

La reviviscence du complexe de castration et conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence où s'opèrent des remaniements de la personnalité. Cependant le côté maîtrise actif est mobilisé à des fins défensives contre les manifestations d'angoisse liées aux préoccupations corporelles spécifiques à cette période et un deuil de l'enveloppe corporelle infantile.

En conclusion, il s'agit d'une érotisation du corps en même temps qu'un investissement de la zone orale avec un contrôle exercé sur le corps qui relève de la zone sadique anale, cette relibidinisation du corps par sa maîtrise et destruction comme seul moyen d'évacuation, traduisant ainsi par l'anorexie mentale une expression morbide de la sexualité -confirmée par l'appréhension des relations hétérosexuelles-, et une destruction du corps, ce qui explique une expression sexuelle prégénitale sadomasochiste à travers le symptôme.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

PRESENTATION DU QUATRIEME CAS : B.S

DONNEES PERSONELLES :

Age : 17 ans.
Profession : élève en 1 ère année secondaire.
Rang dans la fratrie : 2/2.
Poids : 35 KG. Date de dernière prise de poids : un mois.
Taille : 1.60 m.
Niveau socio-économique : Moyen.
Situation matrimoniale : Célibataire.

La patiente se fait prendre en charge au niveau des services de l'hygiène scolaire du secteur sanitaire de ANNABA, elle nous a été orientée par la psychologue du même service.

Malgré que la psychologue du dit service ait expliqué à la patiente en quoi consistait notre démarche, je lui ai encore fait savoir qu'il ne s'agissait pas d'entretiens thérapeutiques mais plutôt de recherche ; le cas s'est montré favorable par rapport à cette intervention.

La jeune fille se présente avec une apparence suffisamment soignée, se montre timide peu communicative.

Vu la scolarité de l'adolescente et avec un commun accord, les rendez-vous se dérouleront chaque Lundi après-midi.

Le prochain rendez-vous se tiendra le 08.09.2008 à 14h.00, au siège de la DAS (Bureau du suivi et soutien pédagogique des établissements spécialisés).

Observations lors des entretiens :

A travers les différents entretiens avec la jeune fille, au nombre de trois (03) de une heure et demi à deux heures chacun (1h.30 – 2h.00), et un entretien avec la mère pour la même durée, on constate un état d'angoisse important, la jeune fille évite avec beaucoup de force de parler de son symptôme, ce qui laisse présager une inhibition voir même une alexithymie :

Quant à la mère, elle apparaît comme une personne anxieuse et culpabilisée. Elle fournit une théorie explicative pour les troubles de son enfant qui seraient, selon elle, réactionnels à la disparition de son père.

A partir de ces entretiens on remarque les symptômes suivants :

- une maigreur prononcée.
- Anorexie sélective « *je n'aime pas manger, je n'arrive pas, je préfère grignoter* ».
« *Elle ne mange que des sucreries* » dit sa mère.
- Un repli sur soi.
- Attachement réciproque : père-fille, selon les dires de sa mère : « *elle était plus attachée à lui qu'à moi, même pas à sa sœur* », « *Elle était trop attachée à son père (...).* »
- Préoccupations corporelles.
- Elle se mordait les doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, et elle joue avec ses cheveux.

Evénements importants :

- Divorce à l'âge de 04 ans.
- Attachement au père.
- Rivalité avec la mère.
- Dispute entre le couple parental.
- Sevrage à 03 mois avec refus de biberon et préférence de la sucette (qui apportait satisfaction sans qu'il y est de la nourriture, il s'agit d'une satisfaction orale sans nourriture affective.)
- Prise de sucette jusqu'à l'âge de 04 ans.
- A l'âge de 13 ans :
 - Décès du père
 - L'apparition des règles
 - L'amaigrissement.

- Elle s'est fiancée.
- Vomissements.
- Elle se mordait les doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, et elle joue avec ses cheveux.
- Sentiment de culpabilité par rapport au divorce des parents.
- La projection du refus et rejet de la mère par sa belle mère, à cause du sexe de la progéniture (exclusivement féminine) serait-il un prolongement de ce refus et un rejet de la féminité par notre cas.

1. Comportements enfantins :

On constate parfois chez la personne atteinte d'anorexie, un certains refus de la maturité au niveau psychologique, comportemental et sexuel, aussi (il est généralement admis que certaines manières de se comporter ou de réagir sont plus acceptables à un âge plutôt qu'un autre) on observe que notre cas fait preuve d'assez peu de maturité psychologique, présentée par un comportement qui ne fait pas preuve de maturité également, l'exemple le plus courant qui a été relevé est que S agit comme un enfant, en ne voulant manger que des sucreries, et en jouant avec la poupée,

« (...) Il m'achetait des poupées, car il s'avait que j'adorais leur coudre des vêtements, -avec un sourire- jusqu'à présent j'aime jouer à la poupée, mama me dit que je n'ai pas grandi. »

Ce jeu offre à S, la possibilité d'un travail d'élaboration sur un mode fantasmatique de la situation primitive, vraie ou imaginaire, en la rattachant à la situation actuelle, traitée systématiquement comme une situation transférentielle.

A travers cette situation elle veut revivre l'œdipe avec une projection de l'image du père sur son ami et fiancé, confirmé par le sentiment de culpabilité vis-à-vis du divorce de ses parents.

Sinon ces les pleurs, morsure de la peau des doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, jouer avec ses cheveux, qu'elle utilise comme expression corporelle.

2. Difficultés à exprimer ses sentiments :

Notre cas trouve beaucoup de difficultés à exprimer ses émotions aux autres, S sait comment éviter d'avoir mal et comment ne pas se montrer faible –ce qu'elle entend par faible, c'est de montrer qu'elle peut être sensible- elle s'exprime le moins possible, et lorsque c'est trop émotif, elle fait des crises de vomissements, sinon pleurs.

D.W. WINNICOTT (1957, p.13)⁵⁰⁸ explique les réactions corporelles jadis énoncées à savoir les pleurs par une régression à un âge où c'est agissements sont tolérés :*« Un enfant revient soudainement à l'âge de 2 ans lorsqu'il a besoin d'être rassuré. Un enfant de n'importe quel âge, qui a besoin d'affection ; a besoin que l'amour lui soit exprimé physiquement, comme c'était naturellement le cas lorsque sa mère le portait dans son ventre »*

Cette expression comportementale et corporelle fait paraître **la projection** comme mécanisme de défense relevé aussi dans la projection de l'image du père sur son fiancé, à

⁵⁰⁸WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001. P. 13.

travers duquel, elle pouvait avoir le père absent, désiré et interdit sans une situation de rivalité avec la mère.

3. Un moyen pour attirer l'attention et quête de l'amour à travers le symptôme :

La jeune fille essaie de se trouver une place à travers son symptôme. En effet, elle recherche par sa provocation à attirer l'attention sur elle, et s'assurer de l'amour de sa mère ; à travers l'intérêt qu'elle accorde à son problème montre tout l'attachement qu'elle éprouve à son égard :

« Ma mère me néglige, mon père n'a de mot a placé avec ma mère, il n'est jamais présent de toute façon, mes frère, et sœur sont bien entourés ma mère les adore, et pas moi, elle me le dit, « avec ta naissance mes problèmes ont commencé » elle ne m'aime pas, je suis de plus dans la maison, « être ou ne pas être telle est l'amère réalité »... »

« (...) Ma mère est difficile, elle n'a pas de temps pour m'écouter, elle n'a du temps que pour donner des ordres, je sens que je n'ai pas de place chez nous, mon père est toujours pris dans son chantier et son entreprise, je ne le vois presque pas. Ma mère est prise avec ses visites de courtoisie et le paraître, et ma sœur avec ses études, personnes n'a de temps à me consacrer, je suis inutile, ma mère me dit que ses problèmes ont commencé avec ma naissance, -les disputes avec mon père-... il sort très tôt le matin, et revient très tard le soir, et quand il est à la maison ; c'est les disputes ; ma mère lui reproche ça justement, quand à lui ; c'est sa méchanceté gratuite ; il lui dit « tu as une langue de vipère » et c'est vraie tu sais. »

HALMI l'explique d'ailleurs bien : (1996 p. 23-29.)⁵⁰⁹. *« Ce refus de manger peut également être un moyen pour obtenir de l'attention et provoquer de l'inquiétude dans son environnement familial et social »*

La mère de notre cas étant elle même narcissique, voit que sa fille ne répond pas à ses attentes narcissiques ; il s'agit d'un décalage entre l'enfant imaginaire attendu et l'enfant arrivé « R » elle montre une déception à son égard, la jeune fille réagit à ce sentiment transmis par l'apparition de son symptôme, d'après les dires de sa mère : *« Je la vois indécise et moi je la veux forte, pouvant s'affirmé quelque soit la situation, malheureusement je n'ai pas de chance, elle est le contraire de ce que j'ai toujours désiré avoir, elle ne ressemble pas à sa sœur, elle s'affirme mieux qu'elle pourtant elle est plus jeune. »*

Cependant les parents de notre cas ne s'entendent pas bien, sachant que cette relation s'est détériorée surtout après la naissance de R, ce qui engendre un sentiment de culpabilité

⁵⁰⁹ HALMI, K. 1996. *The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa. Psychiatry Research*, 62, p. 23-29.

chez notre adolescente en la plaçant en situation d'enfant symptôme d'un malaise familial, et la met inconsciemment par le biais de son anorexie à rétablir les liens parentaux : « *Mes parents ne sortent jamais ensemble, sais tu que c'est la première fois qu'ils le fassent, quand ils sont venus me rendre visite, j'ai eu l'impression, que ça va être la dernière fois qu'ils me voient, que c'est un Adieu, qu'ils m'accompagnent vers la mort, c'est pour ça qu'ils m'ont placé ici... C'est un mouroir, un cimetière, ils veulent me laisser seule ... C'est vraie que de cette manière je pourrais retrouver ma grand-mère, le seul être qui a pris soins de moi, qui faisait attention à moi, elle m'achetait un croissant chaque matin. »*

Ainsi, dans le même enchaînement d'idées KAPLAN et SADOCK (1994)⁵¹⁰ mentionnent qu' « *en attirant l'attention sur elles, les jeunes filles anorexiques permettent peut-être à leurs parents de porter moins d'attention à leur relation de couple parfois tendue. »*

4. Aspect féminité :

Notre cas présente une ambivalence par rapport à l'aspect féminité, d'une part elle montre un aspect suffisamment soigné, et en même temps elle semble rejeter tout ce qui se rapporte au féminin, comme le maquillage, robes, jupes...

On peut émettre trois hypothèses :

- 1- la mère ayant été rejeté après la naissance de S car elle a déçu sa belle famille, par le fait de ne pas avoir un garçon, elle transmet cette angoisse et ce rejet de la féminité à sa fille, d'une part ;
- 2- en emmenant S vers des endroits réservés aux hommes, le père lui transmet son désir inconscient d'avoir un garçon, d'autre part ;
- 3- à travers l'anorexie et l'amaigrissement, la fille **s'identifie** à son père.

5. Les liens sociaux :

A. Relations avec le père :

S, avait une relation très développée avec son père, il s'agissait d'un attachement réciproque. Le père lui procurait un sentiment de sécurité, protection et assurance.

⁵¹⁰ KAPLAN, H.I, ET B.J. SADOCK. 1994. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 pages.

La jeune fille essaye de satisfaire les besoins inconscients du père. Etant donné que la jeune fille savait que la famille désirait avoir un garçon au lieu d'une fille, elle pensait que la seule manière de satisfaire leurs désirs était d'effacer le corps féminin, à travers une identification au corps du père « *moi et mon père on se ressemble* ».

Quand sa mère repoussait son affection, il intervenait un peu. Ainsi, faute de satisfaction, elle s'adresse naturellement à lui en tant que **substitut maternel**.

A.1. Le décès de son père :

Elle a vécu le décès de son père comme un abandon, une perte d'objet d'étayage, la privant d'un mode de relation d'objet essentiellement anaclitique.

Elle s'en souvient encore et décrit ce moment de la séparation comme un véritable déchirement. Elle associe « *son cœur qui éclatait dans sa poitrine* » à sa mort et toute l'émotion qu'elle ressent est déplacée dans ce discours qu'elle fait autour de son symptôme.

L'idéalisation que notre cas porte à son père l'empêche d'élaborer un travail même de deuil et de renoncer à la perte de l'objet qu'il incarne. C'est pour ça qu'elle investit un nouvel objet lui ressemblant à travers **la projection afin de pouvoir revivre le fantasme originaire incestueux fantasmatiquement**, il s'agit d'une quête illusoire d'une retrouvaille paternelle :

« Il travaille dans la même filiale que mon père, sa mère est venue parler avec ma mère nous concernant, mais il n'y aura rien pour le moment, c'est mon fiancé et ami en même temps, c'est un homme, il a 24 ans, il est très gentil, je n'ai pas d'autres amis (ies) mise à part lui ensuite ma mère... Il m'achète lui aussi des bonbons et des biscuits car il s'est que j'aime ça, il me considère comme son petit bébé. Sais tu qu'il ne m'a jamais touché, pour ça, je le respecte beaucoup, peut d'homme le font, »

Ainsi, l'objet que S, a choisi pour supplier à son père n'est pas choisi pour les qualités qui lui appartiennent, mais pour les qualités qui lui sont supposées. S, a besoin de l'objet pour exister, et son angoisse est de le perdre. Or pour rentrer dans l'oedipe, il faut pouvoir y renoncer, et notre cas ne le peut pas, car elle n'a jamais introjecté le bon objet primordial. Il s'agit pour elle d'être aimé de l'autre, pour autant, son investissement masque probablement un investissement plus archaïque, prégénital, envers celui qui incarne pour elle, le grand, le fort en s'appuyant contre lui « l'homme ». Cette relation anaclitique par étayage et l'angoisse de perte d'Objet (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

Le regard de celui-ci porté sur sa fille, se surajoutant au vide du regard maternel, a pu susciter chez la petite fille un fantasme de séduction et un investissement à la mesure de sa

perception de la non-satisfaction maternelle.

Dans un mouvement de projection sur le fiancé de l'image du père admiré et idéalisé, jusque dans sa mort, il représente alors celui qui vient en réparation narcissique de l'adolescente.

B. Relation avec la mère :

La mère de S, lui montre de l'affection, mais il s'agit surtout d'une rivalité entre la mère et notre cas, S a été sevrée vers les 3 mois, avec un refus du biberon et une préférence de la sucette (qui a duré jusqu'à l'âge de 4 ans), il s'agissait d'une activation de la zone buccale sans la nourriture, ce qui présage une fixation orale, ce qui suppose une problématique dans **la dyade objectale**, précisément dans la relation précoce avec la mère.

Par ailleurs la mère transmettait son angoisse par rapport au sexe de S, entraînant un refus de la féminité, et causant par la même une distinction précoce entre « MOI » et « PAS MOI », les frontières psychologiques se sont installées précocement entre la fille et la mère, il s'agit alors d'une séparation entre le corps de la jeune fille et celui de la mère, en même temps d'une séparation entre le MOI et MOI MERE.

Il est de fait que la naissance d'une fille confronte la mère à la coupure, c'est-à-dire à ses propres limites, à son propre sentiment d'incomplétude... avait été mal accueilli par sa mère, sa belle famille ne voulant surtout pas de fille ! La déception qui s'ensuivit fut probablement une des causes de l'anorexie de S, moyen tragique mais efficace de contraindre la mère à s'intéresser à elle, à s'occuper d'elle. Il est clair que notre cas en tant qu'enfant n'avait pas son mot à dire. Il ne lui restait plus que la voie de l'imitation pour parfaire son image.

MAHLER (Rapporté par Clyde W. FORD, 2002. p.109)⁵¹¹ dit : « *le type d'attitude corporelles de retours vers la mère pour refaire le plein qui a caractérisé le nourrisson en place d'entraînement, est remplacée, durant la période allant de 15 à 24 mois et au-delà, par une recherche délibérée, ou au contraire par une fuite du contact corporel intime « prévu »* ».

Le remaniement de la personnalité qui accompagne la période de l'adolescence dans notre cas provoque la reviviscence de l'œdipe et la réactivation de zone orale avec sa dimension sadomasochiste.

B.1. Agressivité vers la mère :

⁵¹¹ Tiré de The Psychological Birth Human Infart, 1975, in Clyde W. FORD, 2002 ; *Les cicatrices émotionnelles, guérir des émotions par le corps et le touché*, Guy TREADANIEL EDITEURS, Paris, p.109.

Selon M. KLEIN (1932)⁵¹², les pulsions agressives issues de la situation œdipienne et dirigées contre la mère, ont intensifié la culpabilité De S, et abouti à une crainte profonde, bien que dissimulée, de la mère. Il s'agit d'un problème de résolution du complexe d'œdipe.

« *Pour qui tu me prends, je ne suis pas aussi faible que tu ne le penses.* »

B.2. Sentiment de culpabilité :

Le divorce des parents a été prononcé à l'âge de 4 ans, au moment de l'œdipe, avec la perte de l'objet d'amour qui est dans ce cas et à ce moment là précisément il s'agit bien du père (vu la relation triangulaire et le changement de l'objet d'amour s'agissant du complexe d'œdipe.), font que la jeune fille s'identifie au corps de son père, avec une rivalité par rapport à la mère et l'image féminine qu'elle représente.

Ce divorce éveille un double sentiment chez la jeune fille ; d'une part le sentiment de culpabilité, car elle pense qu'elle en est à l'origine, et d'autre part un soulagement par rapport à la disparition des disputes.

C. Relation avec la fratrie :

Notre cas n'a pas de relation solide et développée avec sa sœur, elle n'essaye pas de partager avec elle quoique se soit : « (...) *elle veut tout pour elle (...)* », par peur de la rendre jalouse, on se pose la question s'il ne s'agit pas de projection des éprouvées de la jeune fille par rapport à sa sœur, d'après les dires de la mère la jeune fille manifeste clairement sa jalousie : « *tu l'aime plus que moi (elle parle de sa sœur)* ». D'ailleurs elle se montre très distante vis-à-vis de sa sœur.

D. Relations sociales :

La sphère sociale de la patiente est réduite, se limitant à son entourage familial, à son fiancé qui fait objet de substitut paternel ; lui assurant protection et à travers duquel, elle revit l'œdipe.

Il y a donc, d'un côté, un objet d'amour de nature œdipienne, idéalisé dans sa fonction, héritier des souvenirs d'amour des parents, que P. GUTTON (1998)⁵¹³ appelle « *objets narcissiques pubertaires.* » ; d'un autre côté, se trouve l'objet de désir, accessible, sur lequel les pulsions libidinales difficilement maîtrisables par le moi, vont être dirigées. Cet objet est un des nouveaux acquis de la puberté.

⁵¹² KLEIN, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.

⁵¹³ GUTTON. P.1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

C. DAVID (1998)⁵¹⁴, nous explique ainsi que les premiers amours sont souvent marquées de répétitions œdipiennes ou de nostalgie précœdipienne, marquées par l'interdit et l'inhibition.

Par ailleurs, C. DAVID (1998)⁵¹⁵ et P. GUTTON (1998)⁵¹⁶ semblent s'accorder sur le fait que l'adolescence est « *la période la plus exposée aux dangers de la réalité extérieure* » : durant cette période, le ça qui est stimulé par le monde extérieur va déferler le flot des pulsions libidinales qui vont alors submerger un Moi, déjà fragilisé par les ravages d'un Surmoi archaïque, mais aussi par la blessure narcissique provoquée par la scène pubertaire.

Cependant, l'accès à cet objet libidinal non interdit (contrairement à l'objet œdipien), permet l'ouverture d'un réservoir narcissique.

Ce nouvel objet, va permettre à l'adolescente de guérir sa blessure narcissique en recherchant des « *solutions adolescentes* » (P. GUTTON, 1998)⁵¹⁷.

Ainsi la période œdipienne persiste. Les questions œdipiennes non totalement résolues n'étant pas entièrement refoulées, n'est pas parvenu à sublimer son agressivité : « *Comme le fantasme est trop terrible pour être accepté et supporté, il ne peut être utilisé dans la sublimation* » (D.W. WINNICOTT, 1957, p.164)⁵¹⁸. Ainsi, elle ne parvient pas à liquider son œdipe.

6. Sexualité :

L'adolescente montre une auto agressivité « *elle se mord la peau des doigts et les angles, surtout quand elle n'est pas bien* », « *elle aime bien jouer avec les cheveux* ».

A travers cette attitude, elle exprime un mal être par rapport à son corps, qu'elle essaie de cacher par des vêtements amples.

A l'âge de 3 mois déjà, elle a rejeté le sein maternel frustrant (mauvais objet) avec l'absence du lait et de la nourriture affective assurée par le rapport corporel intime que l'allaitement assure.

7. Relation avec le corps :

A travers le comportement auto agressif que l'adolescente manifeste : « *Elle se mordait les doigts et les ongles, surtout quand elle ne va pas bien, et elle joue avec ses cheveux.* », il s'agirait d'une violence contre le corps que cette anorexique s'évertue à perpétuer

⁵¹⁴DAVID. C.1998. *Aimer c'est croître. Adolescence*, n°32.

⁵¹⁵DAVID. C.1998. *Aimer c'est croître. Adolescence*, n°32.

⁵¹⁶GUTTON. P.1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

⁵¹⁷GUTTON. P.1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

⁵¹⁸WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

est aussi une manière d'exprimer un « non-dit » qui n'arrive pas à accéder au langage et qui ne peut être symbolisé. Ce « non-dit » est souvent de l'hostilité contre la famille et plus largement la société. Cette auto-agression est le contrepois d'une hétéro-agression qui n'arrive pas à s'exprimer sainement. C'est pour l'adolescente un moyen ultime de survie pour tenter de conjuguer avec ses carences profondes qui ne sont pas comblées. On assiste, on définitive, à une auto-agression de défense contre une douleur intrapsychique insupportable.

8. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin, kleptomanie. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**.

9. La vie fantasmatique :

1. La destruction :

Par ailleurs, on retrouve ici le dualisme pulsion de mort (Thanatos) – pulsion de vie (Eros) théorisé par S. FREUD dans l'opposition destruction et construction. En effet, alors que la pulsion de mort tend à désunir et à détruire les entités vitales à la mort, la pulsion de vie tend à unir, à former et à maintenir les entités vitales.

A travers les différentes scènes de violence auxquelles notre cas a assisté lorsqu'elle était petite ; On pourrait alors penser que R envisage sa mère comme un être châtré et son père comme le père castrateur depuis qu'il perçoit la scène primitive comme scène de castration de la mère par le père. Il y verrait quelque chose que la partie la plus forte fait subir avec violence à la plus faible

On repère que la **pulsion d'agression vise la domination de l'autre**.

Ainsi, comme l'a suggéré M. KLEIN conflits précoces survenant dans la relation mère-enfant, représenteraient les racines de la haine et également l'angoisse archaïque de destruction et de dévoration. Dès le début de sa vie, R, a été soumise à un conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Cette dernière est reconnue à l'œuvre dès l'origine de son existence car elle a menacé R, en induisant l'angoisse d'être abandonné.

Les violences exercées par son père à l'égard de sa mère ont abouti à un trouble de l'identification et à un défaut d'élaboration symbolique : l'agressivité ne peut trouver son sens positif.

Par ailleurs, et selon M. KLEIN, l'angoisse que ressent notre cas devant ses propres pulsions destructrices lui inspire la peur d'être lui-même exterminé par ses propres pulsions destructrices (KLEIN, M.1932)⁵¹⁹.

S, aimerait pouvoir susciter l'amour de ses parents. La manifestation de son agressivité témoignerait de ses fantasmes inconscients et de son sentiment de désespoir à l'idée de ne pas être aimé. Comme l'a dit J. RIVIERE (1937, p.13)⁵²⁰, « *Il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leur condition de vie. Elles éprouvent le sentiment d'être frustrées* ». Par ailleurs, d'après M. KLEIN (1937, p.82)⁵²¹, « *la raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. Ce sentiment provient de la peur inconsciente d'être incapable d'aimer suffisamment ou vraiment les autres et, en particulier, de leur incapacité de maîtriser leurs pulsions agressives à l'égard des autres : elles ont peur d'être un danger pour la personne aimée* ».

2. Fantasme sadomasochiste :

Comme il a été déjà énoncé, la jeune patiente aime bien jouer avec ses cheveux, il s'agit là d'une forme de trichotillomanie, lui procure du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter). Sans omettre de parler des morsures qu'elle s'inflige surtout dans les états de manque de contrôle, comme si elle s'auto-puni. « *Elle se mord la peau des doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, et quand elle parle, elle aime bien jouer avec ses cheveux...* ».

Cet auto-sadisme Selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁵²², « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces.* ».

L'adolescente manifeste d'une part une auto-agressivité et d'autre part une hétéro-agressivité, qui lui procurent beaucoup de plaisir ; D'après WINNICOTT (1957)⁵²³ :

⁵¹⁹ KLEIN, M. 1932. *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.

⁵²⁰ KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989. P. 13.

⁵²¹ Idem. P. 82

⁵²² CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédiopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

⁵²³ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

« *L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication* ».

Cependant, On constate une dimension masochiste que ce soit moral ou érogène :
Les propos « *je vomis et après c'est le soulagement absolu, je me sens vider, car avant de vomir, je sens une pression ici (elle montre son estomac) qui disparaît avec le vomissement.* », révèlent un **masochisme érogène**. Sachant que le masochisme érogène où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine.

2. a. Tentative de contrôle sadomasochiste :

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

« *Je vomis et après c'est le soulagement absolu, je me sens vider, car avant de vomir, je sens une pression ici (elle montre son estomac) qui disparaît avec le vomissement.* »

Et quand le contrôle lui échappe, elle s'auto-puni par les morsures de ses doigts.

2. b. Aspect vorace : A partir des éléments de l'entretien, avec la mère

« *C'est vrai que je ne le montre pas, mais je lui achète beaucoup plus de choses que sa sœur. Si je l'ai fait sortir toute les deux par exemple pour leur acheter des vêtements, sa sœur achète une ou deux choses, alors qu'elle, elle veut tout pour elle,* »

2. c. L'agressivité :

D'après WINNICOTT (1957, 164)⁵²⁴, « *L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication* ». L'enfant accepte d'exprimer le sentiment agressif sous forme de jeu et pas seulement dans les moments de colère.

« *Elle se mord la peau des doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, et quand elle parle, elle aime bien jouer avec ses cheveux...* ».

Selon ses dires une agressivité vis-à-vis de sa mère est à notée, avec une culpabilité importante.

« *Je me montre agressive verbalement avec elle, juste verbalement ; quand je me sens toucher à travers ses dires ou gestes, ses comparaisons interminables. C'est tout le temps réactionnel.* »

⁵²⁴ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

Il s'agit d'une tendance défensive au refus sous une forme d'agressivité dominante exprimée par le niveau verbal, tandis que, le niveau non verbal exprime à la fois une tension qu'elle tente de contenir par une trichotillomanie et la morsure de ses doigts.

3. **Fantasme de séduction :**

Le regard de celui-ci porté sur sa fille, se surajoutant au vide du regard maternel, a pu susciter chez la petite fille un fantasme de séduction et un investissement à la mesure de sa perception de la non-satisfaction maternelle.

4. **Fantasme de transgression de l'inceste :**

« Il travaille dans la même filiale que mon père, (...), c'est mon fiancé et ami en même temps, c'est un homme, il a 24 ans, il est très gentil, je n'ai pas d'autres amis (ies) mise à part lui(...) Il m'achète lui aussi des bonbons et des biscuits car il s'est que j'aime ça, il me considère comme son petit bébé. »

A travers cette projection de l'image du père sur le fiancé, et la reviviscence de l'œdipe ; La jeune fille semble « se réserver » son père dans son fantasme. Le fruit interdit ne peut être atteint et acquis qu'à travers la projection de la protection et la sécurité assurées par l'objet d'amour sur un objet accepté

5. **Fantasme de la jeunesse éternelle :**

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

10. **Mécanismes de défense :**

A. **Régression :**

Dans un mouvement régressif, la jeune fille tente de récupérer un corps enfantin asexué, à travers ses jeux à la poupée, la jeune fille essaie de reproduire sa relation avec son premier objet d'amour à savoir, la mère.

A travers cet agi et régression, elle exprime une nostalgie de la relation maternelle archaïque et fusionnelle, cependant elle cherche l'image de la mère sécurisante. En mettant l'accent sur la notion de **bonheur perdu**, ce qui est recherché avant tout, c'est une **sensation première** génératrice d'une **nostalgie** qui pousse à trouver dans la réalité un objet susceptible d'apporter la satisfaction d'une tension de désir.

B. Identification :

L'adolescente manifeste une opposition à sa mère ; Ces propos nous semble sous tendre un conflit interne entre son besoin d'émancipation à l'emprise parentale et sa nécessité, pour cela, de s'identifier aux attentes maternelles, et même paternelle, sachant que la famille de notre cas désirait voir naître un garçon à sa place. Pour la jeune adolescente la seule manière de satisfaire leurs désirs est de s'identifier au corps du père, en effaçant le corps féminin qu'elle incarne.

On peut se demander ainsi, si le symptôme de S, ne répond pas à un besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante (JEAMMET, 1990, p. 38.)⁵²⁵.

B.1. Echech de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère- fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

C. Identification à l'agresseur :

Ici on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**, ce qui rend la séparation potentiellement dangereuse, en s'en prenant à son corps, elle s'en prend au corps de sa mère, cette dépendance lui est insupportable voir même insurmontable.

S'agissant d'une mère dévorante ; comme dans le cas de **l'identification à l'agresseur**, et dans une tentative de contrôle elle ressemble exactement à sa mère. L'adolescente retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁵²⁶.

Pour SAMY Ali (2003, p.06)⁵²⁷ : « *la relation établie avec le MOI se situe par rapport à un mode de pensée extrêmement rigide qui ne laisse aucune place à l'étranger et qui s'organise à partir d'une projection systématique de l'image maternelle sur toute relation ? Ce*

⁵²⁵ JEAMMET, P. 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

⁵²⁶ GUEGUEN. J-P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

⁵²⁷ SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.6.

mode de pensée n'est en réalité que l'indice d'une difficulté chez elle à constituer sa propre identité dans une situation, où l'ensemble du fonctionnement familial ne tolère pas la différence et s'organise à partir de cette négation de l'autre, lorsqu'il est perçu comme non soi »

Le corps est ici « *l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant,* » (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁵²⁸.

D. Echec du Refoulement :

Ainsi la projection de l'image de l'objet, à savoir celle du père sur son fiancé renseigne que la période œdipienne persiste. La période œdipienne n'a pas permis à S de structurer et de **sublimier** l'agressivité présente naturellement chez tous les enfants. Notre cas n'a pas pu mettre en route les mécanismes de refoulement de cette agressivité. « *Comme le fantasme est trop terrible pour être accepté et supporté, il ne peut être utilisé dans la sublimation* » (D.W. WINNICOTT, 1957, p.164)⁵²⁹. Ainsi, elle ne parvient pas à liquider son œdipe.

E. Projection/ Introjection : le sujet fait une projection de l'image de l'objet d'amour « le père » sur son fiancé, Pour Sami-Ali (1990, p. 140)⁵³⁰, la projection est au cœur même du processus représentatif à partir du corps en tant que schéma de représentation. « *...la projection cesse d'être un processus désincarné pour reprendre racine dans le corps, lequel n'est ni sujet, ni objet, mais la condition même qu'il existe un sujet et un objet, soumis à la spatio-temporalité* ».

La subjectivité est médiatisée par le corps propre qui constitue en se projetant un espace, un temps, un objet. La projection n'est plus un mécanisme de défense, mais coïncide avec l'imaginaire en tant que création d'une réalité précédemment abolie. « *En ce sens, la projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui. Elle devient ainsi synonyme de l'imaginaire, (...)* » (Sami-Ali, 1990, p. 137)⁵³¹

⁵²⁸ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

⁵²⁹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

⁵³⁰ SAMI-ALI, 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. p.140.

⁵³¹ SAMI-ALI, 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. P. 137.

F. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, ce mauvais objet **incorporé**, doit impérativement être ex-corporé par les vomissements.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

F.1. L'incorporation par morsure se substitue à la succion et devient sadique, destructrice. C'est aussi l'imminence du sevrage quand téter sans mordre va être un problème pour l'enfant. Non seulement notre cas prend plaisir à porter à sa bouche et à mordre, mais ses activités motrices et sensorielles « mordent » davantage sur la réalité. L'objet incorporé est vécu dans les fantasmes de S, comme attaqué. Le désir de détruire la mère s'associe à l'union libidinale avec elle. C'est le premier conflit qui menace l'unité primitive rassurante à la mère. La façon dont la pulsion agressive à mordre sera reçue par l'objet d'amour va être importante. Il s'agit de mettre à l'intérieur pour garder, ce mouvement est la manifestation première de **l'identification**.

G. L'ascétisme :

Les conduites d'ascétisme permettent de dénier les besoins corporels ainsi que la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

H. Déni :

On constate que la jeune fille, déni avec force son amaigrissement, une chose due à la mère qui lui transmettait son angoisse par rapport à son sexe, ce qui a entraîné un refus et un déni de la féminité, ce qui a causé une distinction précoce entre « MOI » et « PAS MOI », les frontières psychologiques se sont installées précocement entre la fille et la mère.

I. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de

ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

J. Idéalisation :

Notre cas idéalise l'image de son père, et la cherche dans une illusion de retrouvaille dans l'image de son fiancé ;

Conclusion :

A partir de tous ce qui a été énoncé jusqu'à lors, il ressort que la patiente évite avec force de parler de son symptôme, ce qui laisse penser à un éventuel refus, une inhibition voir même une alexithymie.

La jeune fille aime jouer avec sa poupée, ce qui peut lui offrir la possibilité d'un travail d'élaboration sur un mode fantasmatique de la situation primitive, vraie ou imaginaire, en la rattachant à la situation actuelle, traitée systématiquement comme une situation transférentielle.

Au cours de l'entretien avec la mère de notre cas, on a remarqué que la maladie de sa fille constituait le point focal de son discours. Elle dressait un bilan détaillé des démarches entreprises. Elle décrivait l'évolution de la maladie, les symptômes, analyses et différents traitements utilisés. En même temps elle donnait l'impression qu'elle parle de son propre corps. On peut penser qu'il s'agit d'une mère narcissique, qui ramène tout à elle, ici on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**.

On remarque une nette ambivalence des sentiments de S à l'égard de sa mère. La patiente aime sa mère et manifeste une difficulté au moment des séparations. Mais, ne peut s'empêcher d'être agressive à son égard dans une tentative de se détacher d'elle, il peut s'agir d'un processus d'individuation qui s'engage.

Aussi, il faut signaler que d'après les entretiens avec la mère, on relève une certaine jalousie vis-à-vis de la sœur, dans la mesure où S, la considère comme une rivale dans l'amour de sa mère.

On peut penser que l'agressivité chez notre cas est une relation d'objet dans laquelle les sentiments hostiles sont un signe d'attachement affectif : envers la soeur ou bien la mère.

Cette agressivité apparaît comme une façon de s'affirmation de soi aux dépens d'autrui. Elle trouverait son origine dans les pulsions d'autoconservation, dans « les luttes du moi pour se maintenir et s'affirmer ». Elle œuvre du côté du principe de plaisir. C'est donc, sa mère, le même « *objet* » qui est à la fois aimé et haï. Ce qui génère chez la patiente un profond sentiment de culpabilité. Des formations réactionnelles font leur apparition avec le désir de réparer les dommages qu'il lui cause, dans ses fantasmes.

Ainsi, chez notre cas, l'angoisse de séparation semble dominée toute la vie affective. L'expérience du sevrage précoce survit indéfiniment en tant que perte d'objet et première blessure narcissique, tout deuil, toute séparation, toute perte ou rupture ultérieure va réactiver ce

traumatisme ; le sevrage est alors, « *point de fixation- régression autour duquel oscille toute la psyché.* » (Pierre AIMEZ. 1979. P.101.)⁵³²

Le deuil de son père lui est insupportable, il semble que l'angoisse de la séparation et de la perte l'ont fragilisé, elle éprouve toujours le besoin de s'appuyer sur l'autre, faute de trouver en elle-même les forces nécessaires pour affirmer son Moi. Cette perte l'a privé d'une **relation d'objet essentiellement anaclitique**, secondaire à la carence maternelle. Cette relation anaclitique par **étayage** et **l'angoisse de perte d'Objet** (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

Ses crises de vomissements s'expliquent probablement dans un mouvement **d'incorporation**, une tentative d'absorber l'objet avant de le rejeter. Ces épisodes comportent une dimension **identificatoire** visible dans la répétition du comportement, mais témoignent de son échec d'identification. Ils constituent **une solution psychique et comportementale face à l'impossibilité d'une relation satisfaisante à l'objet. Et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.** Ainsi, **les tentatives de contrôle de poids semblent constituer également un mécanisme de défense à une émergence dépressive** renvoyant fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel.

En outre, et s'agissant d'une mère dévorante ; comme dans le cas de **l'identification à l'agresseur**, et dans une tentative de contrôle elle ressemble exactement à sa mère. L'adolescente retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁵³³.

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables. Et quand le contrôle lui échappe, elle s'auto- puni à travers cette forme de trichotillomanie, qui lui procure du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter). Sans omettre de parler des morsures qu'elle s'inflige. Cependant, dès qu'elle se sent abandonnée, ces symptômes réapparaissent.

⁵³²Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P.101.

⁵³³ GUEGUEN. J- P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

Le passage par une conduite agie lui permet de déplacer sa tension pulsionnelle vers le monde extérieur et de ne plus la subir à l'intérieur de soi, lui donnant ainsi l'illusion d'être active.

Cet auto- sadisme Selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁵³⁴, « est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces. ».

L'adolescente manifeste d'une part une auto- agressivité et d'autre part une hétéro-agressivité, qui lui procurent beaucoup de plaisir ; D'après WINNICOTT (1957)⁵³⁵ :
« L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication ».

Néanmoins, On constate une dimension masochiste que ce soit moral ou érogène. Sachant que le masochisme érogène où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine.

À partir de ces éléments réunis, on peut dire que l'acte anorexique vraisemblablement, exprime la dimension du plaisir sous des formes diverses qu'il est impossible de considérer comme renvoyant uniquement à la sphère orale.

Le comportement anorexique se présente comme un aménagement, une réponse à la dépendance à l'objet primaire et à certaines modalités de séparation d'avec l'objet.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁵³⁶, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère- enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation.

De la sorte, le recours au corps comme lieu de décharge pulsionnel, devient la seule solution possible, seule sa resexualisation par le biais d'une fixation et régression orale (par

⁵³⁴ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

⁵³⁵ WINNICOTT, D. W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

⁵³⁶ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

rapport au sevrage précoce et carence en maternage) lui permet d'éviter et de contourner cet état d'angoisse; l'adolescente tente par une approche **sadomasochiste** de son anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à son imago féminine, qui ne la satisfait pas.

Par ailleurs, **cette érogénéité et érotisation du corps reste morbides et pré-génitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité pré-génitale de type sadomasochiste.**

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.						X
2. J'évite de manger quand j'ai faim.					X	
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.	X					
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.	X					
5. Je coupe la nourriture en petit morceaux.		X				
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.						X
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)	X					
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.					X	
9. Je vomis après avoir mangé.						X
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						X
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.					X	
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.						X
13. On pense que je suis trop maigre.						X
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						X
15. Je mange plus lentement que les autres					X	
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						X
17. Je mange des aliments de régime.						X
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.			X			
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.						X
20. Je pense que l'on me force à manger.						X
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.		X				
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.					X	
23. Je me mets au régime.						X
24. J'aime avoir l'estomac vide.					X	
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.	X					

26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.						X	
---	--	--	--	--	--	---	--

Cotation :

Items directs :

Toujours :

1. 6. 9. 10. 14. 16. 17. 19. 20.

$$3 \times 9 = 27$$

Très souvent :

2. 22. 24. 26.

$$2 \times 4 = 8$$

Souvent :

/

Quelque fois/ rarement/ jamais :

3. 4. 5. 7. 18. 21.

$$0 \times 6 = 0$$

$$\text{Total : } 18 + 2 + 2 + 0 = 35.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3 \times 1 = 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

/

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 12. 13. 15. 23.

$$0 \times 6 = 0$$

$$\text{Total : } 3 + 1 + 0 = 3$$

Total général :

$$35 + 3 = 38. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé	X					en bonne santé
2. physiquement attirant	X					non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin					X	masculin
5. pur, propre					X	impur, sale
6. exprimant la crainte	X					exprimant l'audace
7. vide	X					plein
8. quelque chose que l'on touche				X		quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid		X				tendre, chaleureux
10. exprimant la colère	X					exprimant l'apaisement
11. expressif	X					Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein				X		nerveux, inquiet
14. vieux	X					jeune
15. érotique					X	non érotique
16. fragile, faible	X					résistant, fort
17. joyeux					X	triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas	X					quelque chose que l'on regarde
19. énergique			X			non énergique

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$$1+1+1+2+1+1+1+1= 09.$$

- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$$5+3+1+2+5+2+1+1+3= 23.$$

- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

01.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$$9+23+1 = 33.$$

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH.

Nom et prénom : B. M

Date : 12/08/2008.

Age : 22 ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs
PL. I 15".29	Comment je fais Scorpion ou cancer C'est tout		G	F+	A		Hésitation
PL. II 1'.46".82	En dirait des poumons	Rouge supérieur	D	F+	Anat		→ Choc
	Un parapluie	Blanc central	Dbl	F+	Obj		
	Sang	Rouge inférieur	D	C	Sg		
	Eléments de meuble avec des taches C'est tout	Noir latéral	D	FE	Obj		
PL. III 35".51	Pingouin	Noir latéral	D	F+	A		
	Nœud papillon	Rouge central	D	F+	Vet	Ban	
	Des branches de poumons	Rouge supérieur	D	F-	Anat		
PL. IV 45".60	Pieds d'un ours	D inférieur	D	F+	Ad		
	Serpent C'est tout.	Noir supérieur latéral	Dd	F+	A		
PL.V 20".85	Comment appelle-t-on ça... oui c'est un aigle, c'est tout.		G	F+	A	Ban	
PL.VI 31".02	Un porte manteau	Au milieu	D	F+/-	Obj		
	Une cape en fourrure, c'est tout		G	E	Vet		
PL.VII 36".00	Un gigot de viande égorgée.	Noir supérieur latéral	D	F-	Anat		
	Papillon. Range elle-même la planche	Noir central	D	F+	A		

PL.VIII 1'.00".70	V >< ^ Deux chats	Rose latéral	D	F+	A	Ban	→Choc Symétrie
	Sauterelle	Vert foncé central	D	F+	A		
	Une feuille	Rose inférieur	D	F+	Bota		
	Poisson dans la mer	Tout le centre. Elle range d'elle-même la planche	Dbl	Kan	A		
PL. IX 1'.47".52	Poisson, Deux poumons plutôt, je l'ai déjà dit ce n'ai pas grave	L'orange	D	F-	Anat		Annulation Symétrie commentaire
	Poitrine	Le rose	D	F-	Anat		
	De l'herbe	Le vert	D	CF	Elément		
PL.X 1'.16".74	V >< ^ Hérisson	Le bleu	D	F+	A		→Choc
	Un grand cafard, voici ses antennes	Le gris supérieur	D	F+	A		
	Ventral d'un cœur	Le rose	D	F+/-	Anat		
	Je n'ai pas compris, c'est un fruit.	Orange et marron	D	F-	Aliment		

Nom et prénom : B. M
Age : 22 ans.
Motif : sujet anorectique.

Date : 12/08/2008.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 26= Norme [20-30]
G: 03 < Norme [7-10]
G %: 11.53% < Norme [20-30%]
D: 20. = Norme [15-20]
D% : 76.92% > Norme [68-70%]
Dd: 01
Dd % : 7.40% = Norme [6-10%]
Dbl : 02.
Dbl % : 7.69% > Norme [1-3%]

Déterminent:

F+ : 14.
F- : 06.
F+/-: 01.
CF: 01
C : 01.
E: 01
FE : 01
Kan : 01.
→C: 01.

Contenus :

A: 10.
Ad: 02.
A % = 46.15 % = Norme [35-50%].
Ban: 03. < Norme [05-07].

F élargi = 88.46 % > Norme [50-70%].
F PUR = 69.04 % = Norme [50-70%]. (Pour les ados 70%).
F+élargi = 78.57 % > Norme [50-70%].

Type d'appréhension :

D → G → Dbl → Dd

Succession :

Anarchique et rigide.

Indice d'angoisse :

(Hd + Anat + Sexe + Sg) * 100 : R
= 23.07% > [1-12%]. **Angoisse très importante.**

Indice d'impulsivité:

C+CF > FC → 1+1 > 0

TRI :

K/ C. (C=1*1.5, CF=1*1)

1 < 2.5 **extratensif mixte** confirmé par la présence des réponses E.

Formule complémentaire :

K/E → FE=0.5*1, E=1.5*1 → 1 < 2.5

→Choc : 03 (dans les planches couleur).

Annulation : 01

Commentaire : 01

Hésitation : 02

Aliment : 01.

Anat : 05.

Sang: 01.

Elément : 01.

Bota : 01.

Vet : 02.

Symétrie: 02.

RC %

(11*100) : 26 = 42.30 % > 30 %

Confirme l'extratensivité.

Analyse dynamique:

Il s'agit d'une production dans les normes, le nombre des réponses R est de 26, avec une perception dans le détail, cependant la succession est anarchique et rigide, et un type d'appréhension de $D \rightarrow G \rightarrow Dbl \rightarrow Dd$.

Au regard du pourcentage des réponses G% insuffisant, et celui des réponses D supérieur à la norme, ça montre un ancrage correct dans la réalité qui se fait à travers le règne animal, avec un faible investissement du fonctionnement intellectuel, c'est un effort intense d'adaptation avec le réel. Confirmé par un nombre inférieur à la norme des Banalités. Ce qui renseigne sur un manque d'adaptation sociale et d'un conformisme.

On peut supposer que l'image humaine provoque un malaise, vu la présence de Symétrie qui indique une image désagrée du corps propre, cette fragilité de l'image du corps est étayée par l'association des réponses F- à des contenus corporels, les réponses Anat révèlent des préoccupations pour la santé, une narcissisation du corps ; il s'agit de préoccupation sexuelle masquée, surtout que l'association des réponses Anat avec des contenus corporels Hd rend compte des angoisses centrées sur le corps. Il peut s'agir d'un retrait narcissique et des difficultés au niveau de l'identité, cette hypothèse est renforcée par l'absence de contenu humain, sauf sous forme cachée par des éléments Vêtement, synonyme d'un besoin de se protéger, avec un éventuel refus sois jacent de la féminité, aussi, les réponses Anat sont associées à des réponses Hd, ce qui renseigne sur une angoisse importante concernant le corps (cas d'anorexique).

Le pourcentage des réponses Dbl traduit un infantilisme, un aspect anxieux est indiqué par l'indice de l'angoisse, une amplification des réactions émotionnelles est rapportée par l'indice de l'impulsivité. A travers ces données la patiente fait preuve d'esprit d'observation, et reflète une agressivité inconsciente et refoulée, avec une inhibition pathologique d'affectivité s'inscrivant dans un contexte de failles, carence qui se situent dans les relations mère/ enfant.

Les mécanismes de défense :

L'association des réponses D à des déterminants de bonnes qualité (F+) majoritairement, il s'agit d'un système défensif souple à caractère adaptatif, qui cherche à contrer l'émergence des affects et à contrôler les situations angoissantes, par rapport au

pourcentage des réponses D et la présence des réponses Anat associées à un contenu humain perçu dans le détail. Mais ce registre défensif peut être mis en échec par des poussées d'angoisse et l'amplification des réactions émotionnelles tel que le montre le taux important de l'indice d'impulsivité.

Toutefois, et au vu du nombre des réponses A, il pourrait s'agir d'une **régression** dans le règne animal, que confirme aussi la réponse Kan et qui dénote des tendances infantiles et spontanées dans l'expression des désirs.

Il s'agit en même temps d'une **projection** sur des animaux qui facilite l'expression des conflits inconscients ; ce qui nous place en face de manifestations régressives renforcées par la présence des réponses : « vêtement, Bota, Db1 ». Au surplus, ce qui est important à noter, est la réponse « mer » qui renvoie à une régression vers la vie utérine. A tout ceci s'ajoute la **fixation** dans un stade prégénital, au vu de la réponse aliment qui renvoie à l'oralité. Cette hypothèse est renforcée par l'étalage de l'appareil respiratoire qui nous renvoie également à la **phase orale**.

Sans omettre de signaler le contrôle de l'émergence des affects par un important **refoulement**, vu le nombre des réactions Choc à la couleur qui rend compte sur une dimension alexithymique et un échec du refoulement interprété par l'apparition de l'anorexie mentale.

A partir de la présence des réponses F- dans les planches :

Planche III : Couple parental, construction de soi face à un semblable.

Planche VI : Idée de puissance.

Planche VII : Planche maternelle.

Planche IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Planche X : Fonction ludique.

Des réponses : Tendance Choc dans les planches :

Planche VIII : Planche représentation de l'intérieur du corps.

Planche IX : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.

Planche X : Fonction ludique.

On peut dégager la problématique suivante :

Problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmée par les données recueillies et présentées à travers les entretiens et à partir de l'analyse du Psychogramme.

Conclusion :

Il ressort du test des éléments dominants à savoir : un faible fonctionnement intellectuel, qui s'articule autour d'une problématique corporelle. Un contrôle d'émergence de l'affectivité est à enregistrer, il s'agit de manifestations indirectes d'angoisse.

Il s'agit d'un système défensif souple utilisé à des fins adaptatives.

Les mécanismes de défense éminents sont : régression, fixation, projection, refoulement, on est en face d'un niveau fantasmatique archaïque avec des pulsions d'agressivité et de destruction dominantes. et est due à une perturbation de la relation mère/enfant chez la patiente ou une insatisfaction ce qui a engendré **une destruction du corps qui en réalité reflète un désir de destruction de l'image de la mère** introjectée vu qu'on est en face d'une **identité mal différenciée**, et un **processus d'individuation considéré comme inopérant**, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité et de l'alexithymie et engendre **des tendances masochistes** qui s'avèrent manifestes avec insistance.

La reviviscence du complexe de castration et conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence où s'opèrent des remaniements de la personnalité. Cependant le côté maîtrise actif est mobilisé à des fins défensives contre les manifestations d'angoisse liées aux préoccupations corporelles spécifiques à cette période et un deuil de l'enveloppe corporelle infantile.

En conclusion, il s'agit d'une érotisation du corps en même temps qu'un investissement de la zone orale avec un contrôle exercé sur le corps qui relève de la zone sadique anale, cette relibidinisation du corps par sa maîtrise et destruction comme seul moyen d'évacuation, traduisant ainsi par l'anorexie mentale une expression morbide de la sexualité -confirmée par l'appréhension des relations hétérosexuelles-, et une destruction du corps, ce qui explique une expression sexuelle prégénitale sadomasochiste à travers le symptôme.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

PRESENTATION DU CINQUIEME CAS : D. S.

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 19 ans.

Profession : étudiante.

Rang dans la fratrie : 1/4 (2filles, 2 garçon).

Poids : 36 Kg. Date de dernière prise de poids : Une semaine.

Taille : 1.68 m.

Niveau socio-économique : Aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

D. S est une jeune adolescente de 19 ans, se fait prendre en charge en ambulatoire au centre médico-psychologique « prévention de suicide et des troubles psychiques post-traumatique » de la psychiatrie de Annaba., elle nous a été orientée par la psychologue du même service.

Au premier temps de la rencontre, S exprime clairement une position d'attente. Ce qui nous a conduit et ce malgré que la psychologue du dit service ait expliqué à la patiente en quoi consistait notre démarche, à lui faire comprendre qu'il ne s'agissait pas d'entretiens thérapeutiques mais plutôt de recherche ; et ce n'est qu'à ce moment là, que le cas s'est montré favorable par rapport à cette intervention.

L'allure physique de S, traduit un certain laisser-aller. Sa démarche est nonchalante et masculine, comme le montre sa façon de s'habiller (toujours en tenue de sport). Ses yeux sont très expressifs, manifestant à l'autre, une méfiance défensive, ou plus rarement un bonheur qui l'étincelle.

La patiente souffre d'anorexie depuis l'âge de 16 et demi ans, jusqu'à ce jour. Durant toutes ces années, elle a appris à exercer un contrôle sur son corps. La préoccupation alimentaire a toujours fait partie intégrante de sa vie, elle apprécie énormément faire à manger,

elle aime les tables bien garnies. Par contre, après un repas, elle se sent gonfler, elle a tendance à croire qu'elle a grossi de 10 kilos et se fait vomir, elle a une perception erronée de son corps ; en se regardant dans le miroir, elle se voit comme beaucoup plus grosse qu'elle ne l'est, et a de la difficulté à fuir cette image. Par ailleurs, notre cas, déni son anorexie, n'a cessé de balancer sa jambe durant tous les entretiens, et est soigneusement maquillé.

Le prochain rendez-vous se tiendra le 05.04.2009 à 14h.00, au siège de la DAS (Bureau du suivi et soutien pédagogique des établissements spécialisés).

Observations lors des entretiens :

A travers les différents entretiens avec la jeune fille, au nombre de trois (03) de deux heures à deux heures et demi chacun (2h.00 – 2h.30), on constate un état d'angoisse sérieux, des préoccupations corporelles importantes, la jeune fille évite avec beaucoup de force de parler de son symptôme, ce qui laisse présager une inhibition voir même une alexithymie :

De ces entretiens se dégagent les symptômes suivants :

- une maigreur prononcée ;
- Anorexie sélective (les pastèques, légumes cuits à la vapeur, thé, pommes, tomates fraîche, surtout pas de lait) ;
- Des crises de boulimies, *« j'ai l'eau dans la bouche (...) », « quand je fais des écarts j'ai l'impression que j'ai pris au moins 10 kilos ».*

Une Alternance entre boulimie et anorexie :

- Sa principale préoccupation est corporelle, avec une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse ;
- Un jugement sur soi-même indûment influencé par une perception déformée de la forme et le poids de son corps.

« (...) Je trouve que j'ai des rondeurs... je dois surveiller mon alimentation, je n'ai pas le droit à l'erreur... »

« (...) Je me sens laide et lourde, vous savez, quand je fais des écarts j'ai l'impression que j'ai pris au moins 10 kilos, je fais des allées et retours devant la glace, je me pèse et repese (...) »

- Un repli sur soi ;
- Situation conflictuelle avec la mère ;

- Déni du symptôme ; «ce n'est sûrement pas une maladie de vouloir entretenir son corps, »
- Placement au jardin d'enfants vers deux trois ans et fréquentation de l'école normale à quatre ans ;
- Fréquentation d'un copain depuis 04 ans ;
- Premières relations sexuelles depuis quatre ans, avec culpabilité ;
- Jalousie vis-à-vis de son frère et de la relation mère/fils.

Evénements importants :

- Sevrage précoce vers une semaine ;
- Carence en maternage ;
- L'apparition des règles à l'âge de 11 ans ;
- Apparitions de la trichotillomanie vers l'âge de 13;
- Déplacement chez la grand-mère vers l'âge de 16 ans et demi ;
- Apparition de son anorexie dans la même période ;
- Apparition de la kleptomanie vers le même âge.

Ces entretiens avaient certes permis à S, d'aborder des événements difficiles de son histoire. Mais une attitude de refus apparaît clairement, Ce qui n'a pas permis un travail d'élaboration psychique.

On pense que notre trop grande prudence pour conduire ce travail avec elle, a été perçue de son côté comme une trop grande distance, un abandon. La peur de notre regard et jugement par rapport à ses relations, semble bien revêtir un aspect transférentiel, dans le sens où ça lui permet de revivre une régression à l'objet d'amour premier. On représente pour elle, tel l'objet maternel du narcissisme primaire, une personne apte à s'identifier et à répondre à ses besoins primaires de survie. La culpabilité à sa raison d'être, selon nous, dans ce contexte de mouvement régressif particulier et cette symbiose avec la mère car elle espérer inconsciemment et fantasmatiquement avoir le père.

1. Comportements enfantins :

Alors qu'on s'interrogeait sur le statut de la créativité au sein de l'économie psychique propre à S, on lui demandait si elle avait du temps pour une activité quelque soit sa nature. Elle répond quelle n'avait pas de temps en même temps et avec un certain plaisir dans la voix et les yeux : *«Cependant, quand je garde mon petit frère, j'adore remplir ses coloriages, c'est les seuls moments où j'arrive à laisser aller ma pensée »*. Le coloriage chez S, semble recouvrir davantage une activité pré-créative, du fait de l'apaisement que lui procure cette activité dans son action défensive antidépressive (combler le manque par le remplissage), lui permettant ainsi d'être seule avec ses pensées en présence de l'objet.

L'impossibilité de créer une aire d'illusion au sein des activités créatrices, ainsi que l'usage du coloriage, moment privilégié qui permet de relancer une activité fantasmatique difficile, causée par un défaut d'intériorisation de l'objet d'amour (hypothèse s'étayant sur les autres éléments du récit de notre cas).

2. Difficultés à exprimer ses sentiments :

Il est souvent plus facile d'exprimer des émotions positives. Pour exprimer les émotions qui affectent davantage, il faut avoir confiance en la personne à qui elles sont exprimées. S, est une personne rationnelle, elle est très réservée quant à ses états affectifs. Elle n'aime pas montrer des signes de faiblesse. Pour elle, pleurer ou se montrer sensible font partie de ces signes. Donc tant qu'elle peut rationaliser, elle le fait et lorsqu'elle ne le peut plus, elle éclate en sanglots et ne veut pas que personne sache qu'elle a pleuré : *« Je ne suis pas le genre de personne qui s'étale, je ne pleur jamais devant les autres, surtout quand il s'agit de quelque*

chose d'intime, de personnel, je n'aime pas faire pitié, je le fais généralement dans mon lit, très tard la nuit, quand tout le monde dort, (...) »

La frustration et l'impuissance de notre cas, face aux événements ont induit l'inhibition de l'expression de ses émotions. Elle se sent injustement traitée et rejetée et n'arrive pas à extérioriser suffisamment sa tristesse face au rejet maternel, ni son agressivité inconsciente envers elle. *« Je ne comprends rien (...) Je ne comprends pourquoi je me montre agressive vis-à-vis de ma mère, en dirait que je la punis »*

Quel que soit son comportement dévoué, il n'appelait aucune gratification ni récompense de la part de la mère. Notre cas a pleinement conscience de sa rivalité entretenue à l'égard surtout de son frère, mieux aimé, mieux considéré, mieux doté, non seulement par la culture et la société, mais surtout par l'imaginaire de la mère, ce qui constituait pour elle en plus d'un sentiment de colère sourde, une source d'une angoisse plus existentielle.

« C'est une injustice que les filles sont moins aimés que les garçons »

« « Ah mon fils est devenu une fille », j'étais très timide, mais ça m'a fait rire, il disait aussi, « j'ai deux garçons et un garçon », ça me faisais rire aussi, mais je ne sentais pas une gêne, au fond de moi-même une certaine valorisation me réjouissais. »

Elle a fini par aménager des défenses contre l'émergence de ses affects dépressifs liés à sa lutte sans fin.

Il est de fait que la naissance d'une fille confronte la mère à la coupure, c'est-à-dire à ses propres limites, à son propre sentiment d'incomplétude... avait été mal accueilli par sa mère, sa belle famille ne voulant surtout pas de fille ! La déception qui s'ensuivit fut probablement une des causes de l'anorexie de S, moyen tragique mais efficace de contraindre la mère à s'intéresser à elle, à s'occuper d'elle. Il est clair que notre cas en tant qu'enfant n'avait pas son mot à dire. Il ne lui restait plus que la voie de l'imitation pour parfaire son image.

Il est de fait qu'en grandissant, la petite fille jouera au garçon, sera un « garçon manqué », ne pouvant au mieux que développer « *un phallisme intellectuel* » (DOLTO, F, 1982, P 96.)⁵³⁷ ou bien elle jouera à la « femme fatale » et en empruntera les artifices, pour satisfaire le désir de l'autre.

2. A. Signes d'alexithymie :

⁵³⁷ DOLTO, F, 1982, *Sexualité féminine*, Paris, Scarabée et Co. P 96.

Lorsqu'elle est émue, elle n'arrive pas à trouver les mots pour dire ni nommer ses éprouvés psychiques. Elle ne les a pas appris.

« (...) *Je n'ai jamais appris à l'être* »

« (...) *Je ne la déteste pas en tout cas, mais je n'ose pas le dire, je ne pourrais jamais le faire* »

« (...) *Juste l'idée me bloque.* »

Elle se borne à des récits descriptifs, factuels, où peu de sentiments et d'émotions ne transparaissent et elle s'étonne toujours quand les autres lui renvoient un sentiment. Elle relate l'histoire de sa vie comme s'il s'agissait d'événements qui lui étaient étrangers, à la fois actrice et spectatrice.

Son mode de pensée reste très polarisé sur le réel comme le démontrent ses longues descriptions à caractère pratique, logique et concret qui sont les signes d'une pensée opératoire.

Durant les entretiens une attitude de refus a été enregistrée, cependant la motivation de S, était plus grande lorsque les émotions n'étaient pas impliquées, quand elle fait face à des réalités qui ne font pas son affaire, elle veut tout abandonner.

Les relations désaffectées, liées à un discours opératoire, constituent une **défense primitive et protectrice contre le danger représenté par l'objet: danger d'intrusion.** Elles constituent donc une tentative d'auto guérison, pour se protéger d'angoisses qui rappellent celles des sujets psychotiques.

3. **Contradiction dans le discours:**

« *J'ai des rapports sexuels avec mon ami, depuis qu'on se fréquente, je t'assure que quoi que je sois très épanouis sexuellement, je culpabilise après chaque rapport,* »

« *Je ne sais pas lui dire NON, j'ai peur qu'il se fâche, qu'il me plaque et part, je sais que même s'il partait il reviendra, mais j'ai peur de rester seule, l'idée m'angoisse.* »

« *J'ai des rapports sexuels avec mon ami, depuis qu'on se fréquente, je t'assure que quoi que je sois très épanouis sexuellement, je culpabilise après chaque rapport,* »

On lui a fait part de notre impression en pointant des contradictions qui nous semblent exister entre ce qu'elle nous dit et ce qu'elle ressent. « *Au fond je pense qu'elle m'aime mais à sa façon* ». On pense que la fin de cette phrase représente une tentative d'auto persuasion, qui renvoie au niveau latent, à son doute d'être aimée de sa mère, face à un ressenti de carence affective et, au fantasme d'avoir pu endommager le bon objet maternel par ces conduites, qui la fixe dans une place de mauvais objet.

4. Un moyen pour attirer l'attention et quête de l'amour à travers le symptôme :

En voulant s'attribuer un rôle et des tâches masculines, la jeune fille ressent le besoin de satisfaire les désirs de son père, et en même temps s'accaparer de l'amour de sa mère « *Ma mère préfère les garçons* », « *c'est injuste que les filles sont moins aimées que les garçons* ». En plus d'une valorisation phallique.

La jeune fille essaie de se trouver une place à travers son symptôme, qui est à la fois un moyen pour attirer l'attention de ses parents : « *Mes parents comptent beaucoup plus sur moi que sur mon frère pour régler tout type de problème et préoccupations, mais je ne comprends pas pourquoi elle le préfère à moi, c'est parce que c'est le garçon c'est ça ? Je fais de mon mieux mis je ne peux pas la satisfaire.* »

« *Ce refus de manger peut également être un moyen pour obtenir de l'attention et provoquer de l'inquiétude dans son environnement familial et social* » (HALMI, 1996)⁵³⁸.

De plus, son attitude agressive représenterait pour elle le moyen de s'assurer de l'amour de sa mère. En effet, elle recherche par sa provocation à attirer l'attention sur elle. L'intérêt que la mère accorde à son problème montre tout l'attachement qu'elle éprouve à son égard. S, cherche donc par son agressivité à retrouver l'objet aimé, la mère aimante qu'elle croie avoir perdue : lors de l'arrivée du frère cadet.

4.A. La kleptomanie comme moyen pour attirer l'attention :

Elle vole toujours des choses très attrayantes pour elle, et de manière à ce que sa victime ne s'en rende pas compte. Si elle s'en aperçoit, elle ne supporte pas de voir sa peine et lui rend immédiatement l'objet volé. Le vol semble être sous-tendu par l'expression des pulsions libidinales, d'une quête d'amour qui se trompe d'adresse (la mère) et qu'elle cherche à l'extérieur à travers des choses qui brillent à ces yeux comme pour pallier à « *la faillite narcissique qu'entraîne la carence affective* » (WINNICOTT, 1956, 292-302.)⁵³⁹.

Le fait qu'elle ne supporte pas voir la peine de sa victime nous semble être en faveur d'une relation en miroir où dans le regard de la personne elle peut voir son propre désespoir face au manque, ce qu'elle ne supporte pas et qu'elle tente alors d'annuler en lui rendant son dû.

⁵³⁸ HALMI, K. 1996. *The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa*. *Psychiatry Research*, 62, p. 23-29.

⁵³⁹ WINNICOTT, D. W. (1956). *La tendance antisociale. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, 292-302.

« Il m'est arrivé de prendre des trucs qui ne m'appartenaient pas, je ne le fais plus, mais il fut un temps où je le faisais, surtout quand j'étais chez ma grand-mère. Je ne supportais pas voir les autres souffrir après la perte d'un objet c'est pour ça que je finissais par le rendre.

De toute manière je ne prenais pas des trucs tapent à l'œil, je prenais par exemple une orange pour la manger seule après quand tout le monde aurait pris la sienne, et sans qu'ils me voient, pourtant il y'a toujours suffisamment pour tout le monde, mais je prenais quand même une, des fantaisies, des bagues, des baguettes, sinon de l'argent, des choses que je ne gardais jamais que j'offrais tout le temps »

5. Aspect féminité :

S, présente un laisser aller dans son apparence, elle semble rejeter tout ce qui se rapporte au féminin, comme le maquillage, robes, jupes, cheveux longs ... Ce comportement impulsif qui est la trichotillomanie, lui procure du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter). Souvent la trichotillomanie apparaît après un traumatisme, dans notre cas ce symptôme est apparu après la puberté ; ce qui nous laisse penser que la patiente n'a pu surmonter les transformations pubertaires et le nouveau rôle qu'elles lui attribuent, puisque les cheveux sont associés à la féminité.

« J'étais un véritable « garçon manqué » j'étais et je suis tout le temps en pantalon, j'avais et j'ai toujours des cheveux courts, mon prétexte est qu'ils sont rêches d'une part, et d'autre part parce que je les arrache ; je suis trichotillomane depuis l'âge de 13 ans, en réalité je n'ai pas choisi d'être comme ça, il n'y'avait que des garçons dans mon entourage (cousins, voisins, frères), même au jardin d'enfants je n'avais que des amis garçons, pour s'intégrer il faut jouer à leur jeux, je ne pouvais pas me permettre des jupes, ce n'étais vraiment pas pratique, et là je me suis habituée à cette tenue, je me rappelle un jour quand j'étais au lycée je voulais mettre une robe très jolie ; bleue, col marin, un peu courte, qui mettait mon corps en valeur, j'ai croisé mon père, il m'a dit en rigolant « Ah mon fils est devenu une fille », j'étais très timide, mais ça m'a fait rire, il disait aussi, « j'ai deux garçons et un garçon », ça me faisais rire aussi, mais je ne sentais pas une gêne, au fond de moi-même une certaine valorisation me réjouissais. Mon père m'a responsabilisé très tôt, il me disait « tu dois être forte si tu ne veux pas être mangée crue, il faut s'armer de bon sens, lucidité, tu dois être débrouillarde si tu veux t'affirmer et avoir une place dans la société.

(...) Ils m'ont toujours considéré comme un garçon, et là, ma mère me demande d'être un plus féminine, je ne sais pas l'être, je ne peux faire marche arrière, je suis comme ça

et je le reste, ce que je n'aime pas c'est qu'ils me considèrent comme un garçon quand ils le veulent et une fille quand ils le veulent aussi, ça je ne l'aime pas ça me perturbe. »

La patiente semble se chercher une place, une valorisation, une reconnaissance à travers une apparence plutôt masculine, il s'agit **d'une angoisse existentielle**. « *Ma mère préfère les garçons* ».

Sachant quand même que c'est une fille, elle essaie de s'affirmer intellectuellement « *ils m'aiment sûrement parce qu'ils trouvent que je suis intelligente* »

On peut émettre les hypothèses suivantes :

- 1- A travers l'anorexie et l'amaigrissement, la fille **s'identifie** à son père.
- 2- L'anorexie lui permet un investissement intellectuel, afin de pouvoir trouver une place et pouvoir exister.
- 3- A travers l'anorexie la jeune fille, essaie de contourner son angoisse existentielle.
- 4- La jeune fille éprouve une jouissance à travers son symptôme anorexique et l'aspect masculin, qui lui permettent d'effacer ses signes féminins, et lui assurent une place voir même une reconnaissance de la part de ses parents et surtout sa mère.
- 5- La trichotillomanie lui procure un plaisir dans la souffrance, ce qui renvoi à un masochisme érogène.

6. Les liens sociaux :

A. Relations avec le père :

Elle évoque son père avec beaucoup plus de tendresse. Il lui procurait un sentiment de protection et assurance. « *Moi je suis le père de mes filles, il me dit, tu es mon ainée, et ma préférée* »

La jeune fille essaye de satisfaire les besoins inconscients du père. Etant donné que la jeune fille savait que sa mère préférait son frère, « *Mes parents comptent beaucoup plus sur moi que sur mon frère pour régler tout type de problème et préoccupations, mais je ne comprends pas pourquoi elle le préfère à moi, c'est parce que c'est le garçon c'est ça ? Je fais de mon mieux mais je ne peux pas la satisfaire.* ».

S, pensait que la seule manière de satisfaire le désir de sa mère était d'effacer le corps féminin.

« *J'étais un véritable « garçon manqué* », « *je me rappelle un jour quand j'étais au lycée je voulais mettre une robe très jolie ; bleue, col marin, un peu courte, qui mettait mon corps en valeur, j'ai croisé mon père, il m'a dit en rigolant « Ah mon fils est devenu une fille* », j'étais très timide, mais ça m'a fait rire, il disait aussi, « *j'ai deux garçons et un garçon* », ça me

faisais rire aussi, mais je ne sentais pas une gêne, au fond de moi-même une certaine valorisation me réjouissais. Mon père m'a responsabilisé très tôt, il me disait « tu dois être forte si tu ne veux pas être mangée crue, il faut s'armer de bon sens, lucidité, tu dois être débrouillarde si tu veux t'affirmer et avoir une place dans la société. » ... ma mère me dit souvent « tu lui ressembles beaucoup, tu as son caractère » je lui réponds « il faudrait bien ressembler à quelqu'un, non ? ».

Ainsi, faute de satisfaction, elle s'adresse naturellement à son père en tant que substitut maternel, dans un mouvement d'identification à son père.

L'idéalisation que notre cas porte à son père la pousse à investir un nouvel objet lui ressemblant à travers **la projection afin de pouvoir revivre le fantasme incestueux fantasmatiquement**, il s'agit d'une quête illusoire d'une retrouvaille paternelle :

« Possible que cherche une bonne compagnie tout court, où existe un mélange d'affection, un poids intellectuel, assurance, sécurité, un tout quoi... je me sens mieux avec les vieux, le courant est plus fluide »

« Mon père est très combattant, très fort, et très très diplomate, il a du caractère, remarque c'est normal vu son expérience dans la vie, ma mère me dit souvent « tu lui ressembles beaucoup, tu as son caractère » je lui réponds « il faudrait bien ressembler à quelqu'un, non ? ».

« Tout, il a la tête sur les épaules, très réfléchi, très diplomate, un savoir faire extraordinaire, affectueux, disponible pour moi seule, aucun partage. Tout me plaît, tout me passionne. »

« J'étais restée éblouie la toute première fois qu'on s'est parlé, il parle bien... »
« Je ne sais pas lui dire NON, j'ai peur qu'il se fâche, qu'il me plaque et part, je sais que même s'il partait il reviendra, mais j'ai peur de rester seule, l'idée m'angoisse. »

Ainsi, l'objet que S a choisi pour supplier à son père n'est pas choisi pour les qualités qui lui appartiennent, mais pour les qualités qui lui sont supposées. S, a besoin de l'objet pour exister, et son angoisse est de le perdre. Or pour rentrer dans l'oedipe, il faut pouvoir y renoncer, et notre cas ne le peut pas, car elle n'a jamais introjecté le bon objet primordial.

Il s'agit pour elle d'être aimé de l'autre. Cette relation anaclitique par étayage et l'angoisse de perte d'Objet (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

B. Relation avec la mère :

Elle se culpabilise d'avoir été « *turbulente* » qui « *vomissait les biberons* », « *je pleurais la nuit, je ne dormais pas ou peu* ». En revanche, elle n'associe pas ses vomissements, ni son refus de s'endormir et de s'alimenter -surtout par rapport au refus depuis toujours du « lait » symbole du maternel-, à l'impossibilité d'établir avec sa mère des interrelations libidinales satisfaisantes.

L'absence symbolique de sa mère ne lui permet pas d'assurer la permanence d'un objet interne contenant.

« *Pourquoi tu es rentrée, on était bien, on mange bien avec papa pourquoi tu es là ?* ». *C'est contradictoire non ? Je n'aimais pas qu'elle parte et en même temps j'appréciais son absence. Même maintenant je n'aime toujours pas qu'elle parte et quand elle n'est pas à la maison je suis à l'aise mais j'essaye toujours de trouver un prétexte pour me disputer avec elle (...)* »

« *Oui, on réalité je m'imaginai maitresse de maison, (...) je faisais tout pour mettre mon père à l'aise* »

En revêtant le rôle de seconde maman auprès de la fratrie ; « *Je n'ai jamais été enfant, je devais surveiller mon frère* » -elle s'occupe de son frère cadet et élève son plus jeune frère- non seulement pour aider sa mère, mais surtout pour obtenir d'elle, des manifestations de son amour qui viendraient combler les failles narcissiques qui continuent de se creuser. Elle mène durant toutes ces années une quête incessante d'amour et de reconnaissance maternelle, mais celle-ci, trop affairée, ne lui prête aucune attention, ni reconnaissance. « *C'était comme si elle ne me voyait pas* ».

« *Elle ne voulait pas que je l'embrasse, elle me repoussait et me disait que je collais* ». Elle lui en voulait alors, elle aussi à son tour, et s'en culpabilisait en même temps. « *Dans ma tête, je disais du mal d'elle, puis vite, je répétais une prière pour que Dieu me pardonne* », annulant ainsi ses pensées par ce mécanisme de défense. Peu à peu, la libido de la petite fille s'est épuisée à la recherche de retrouvailles maternelles jamais obtenues. « *Qu'est-ce que je pouvais faire ?* » « *Je ne peux pas les satisfaire* ».

« (...) *Si comme si elle ne me voyait pas, ou que je n'existais pas, j'étais tout le temps comparée à lui et à tout le monde, à ma cousine, les voisines, pourtant je suis nettement meilleurs qu'elles toutes réunies, maintenant elle le fait un peu moins car je me défends en lui disant que je ne suis pas obligée de ressembler à quiconque, qu'elle n'avait qu'à adopter l'une des filles de notre voisine puisque elle en a beaucoup.*

Au fond je pense qu'elle m'aime mais à sa façon, elle ne se rend pas compte c'est tout. Elle prendra conscience un jour. Je l'espère en tout cas »

« Je pense que je suis la préférée de tout le monde sauf ma mère, mon oncle m'appelait aussi « ma nièce préférée », toutes mes tantes, aussi, mais pas ma mère. Je me sens rejetée. Il m'arrive souvent de me montrer agressive à son égard, je le regrette après mais je ne sais pas demander des excuses et je n'arrive pas à me montrer plus douce avec elle. Pourtant elle est très gentille, elle ne mérite pas ça de ma part, je ne la déteste pas, je ne comprends rien. ».

B.1. Agressivité par rapport à la mère :

Par ailleurs, selon D.W. WINNICOTT (1984, p.42)⁵⁴⁰, « dans toute pulsion destructrice – agressive est également contenu un type primitif de relation objectale, dans lequel l'amour implique la destruction ». La mère de S, a inévitablement éveillé en elle à la fois l'amour et la colère, a continué à exister et à être elle-même, ce qui a permis à notre cas de commencer à rassembler dans sa personne ce qui semble bon et ce qui semble mauvais.

La patiente n'a pu bénéficier du contact physique avec sa mère, qui normalement devait lui offrir des avantages incontestables. Il favorise l'allaitement maternel; il sécurise le bébé et lui permet de profiter d'un grand nombre de stimulations sensori-motrices qui activent son éveil psychomoteur.

C'est ainsi que S a commencé à ressentir des sentiments de culpabilité et à se soucier de son agressivité qui se dirige vers sa mère, parce qu'elle l'aime et qu'elle ne la satisfait pas pleinement (D.W. WINNICOTT, 1957)⁵⁴¹. « Ecoutez, c'est vraie que je suis jalouse, mais j'aime ma mère. Cependant c'est une injustice que les filles soient moins aimées que les garçons. »

D'autre part, et toujours dans le même ordre d'idée, d'après M. KLEIN (1947, p.65)⁵⁴², « des sentiments de l'ordre de la destruction et de l'amour sont ressentis simultanément à l'égard d'un seul et même objet, et cela provoque, dans l'esprit de l'enfant, des conflits profonds et troublants ». Comme l'a déclaré M. KLEIN (1947, p.67)⁵⁴³, « Il éprouve un sentiment de culpabilité et de remords, un commencement de souffrance éveillée par le conflit entre amour et haine irrésistible ».

⁵⁴⁰ WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004. P. 42.

⁵⁴¹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

⁵⁴² KLEIN, M. (1947). *Deuil et dépression*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2004. P. 65.

⁵⁴³ KLEIN, M. (1947). *Deuil et dépression*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2004.P. 65.

D'une part, elle essaie de parvenir à soulager son éprouvé de culpabilité, à savoir le sentiment d'avoir engendré elle-même la haine. Elle attend une punition qui lui permettra de soulager sa culpabilité, dans une logique masochiste. « *On me grondait à sa place car j'étais suis l'ainée* ». , notre cas ne se sent pas coupable car elle s'est fait punir, mais elle se fait punir car elle se sent coupable. La punition apaise sa culpabilité. On pense qu'elle cherche, au travers de son agressivité, à apaiser sa culpabilité d'avoir « attaqué » la mère.

B.2. Le regard de la mère :

« Sevrée... comme je suis une prématurée, ma mère avait peur de prendre dans ses bras pour me donner le sein, elle me plaçait dans mon berceau pour me donner le biberon, que je refusais le plus souvent, selon leurs dires bien sûr. Au bout d'une semaine déjà j'étais sevrée. Tout le monde pensait que j'allais y passer, j'étais tellement chétive, petite, tout le monde avait peur de me toucher, je faisais peur apparemment, quoi que je n'étais pas hospitalisée, (...)».

S'agissant d'une naissance prématurée, notre cas n'a pas bénéficié d'une attention particulière. Au moment même où la sensibilité de la mère est exacerbée par la naissance, elle se trouve dans l'incapacité de la prendre en charge par crainte de lui faire mal. Il résulte de cette distorsion précoce de ces premiers échanges et rupture, un sentiment de privation et d'incomplétude que la mère majore le plus souvent sous l'effet de la culpabilité d'avoir mis au monde un être inachevé, « pas comme les autres », « étranger ». Cette angoisse et culpabilité ont été transmises inconsciemment à S.

Indisponible affectueusement, le regard maternel se détourne et refuse de la reconnaître, la privant de l'assurance d'exister à part entière et d'être importante pour l'autre. Celle-ci ne peut lui offrir le « holding »⁵⁴⁴ nécessaire à la construction d'un Self suffisamment solide à l'origine du sentiment d'exister et à la connaissance progressive du monde à travers les échanges sensoriels et nutritionnels qui impliquent une possibilité minimale de s'identifier à son enfant et grâce à la concordance affective qui s'établit entre eux (D. STERN, 1983)⁵⁴⁵. A la faveur de l'échange des regards et de la relation intersubjective qui s'élabore entre les deux partenaires, S, n'a pu accéder graduellement à la conscience de soi, tandis que le visage et les yeux de sa mère constituent normalement pour elle, par les sentiments qu'ils expriment, le

⁵⁴⁴ WINNICOTT. D. W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

⁵⁴⁵ STERN, Daniel (U.S.A.), a développé le concept d'« accord », entre la mère et le bébé, au Deuxième Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson présidé par Serge LÉBOVICI (Cannes, 1983).

premier miroir (D.W. WINNICOTT, 1971)⁵⁴⁶. « *En se sentant aimé l'enfant prend peu à peu conscience de la valeur qu'il a pour autrui. La carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles entraîne des défaillances dans l'élaboration du moi-peau* » (ANZIEU, D. 1985)⁵⁴⁷ et un dysfonctionnement des fonctions pare excitation et de contenant psychique.

S, grandit dans cette absence d'étayage corporel maternel, ce défaut du pare-excitation liant et contenant, dont les conséquences visibles aujourd'hui sont une constitution défaillante de ses assises narcissiques ; empêchant S, d'éprouver la séduction narcissique maternelle nécessaire à l'investissement de soi, et le fantasme de toute puissance mégalomane qui assure les bases de bonnes assises narcissiques à tout individu.

À son tour, dans un refus d'introjecter et valider ce défaut de maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour.

Les vomissements répétés des biberons, hors pathologie somatique avérée, peuvent s'interpréter comme une résistance, un refus, une défense même contre le retrait libidinal maternel. Elle s'est sentie rejetée, non désirée pour elle-même, et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.

Le remaniement de la personnalité qui accompagne la période de l'adolescence dans notre cas provoque la reviviscence de l'œdipe et la réactivation de **zone orale** avec sa **dimension sadomasochiste**, vu l'association de l'alimentation symbole oral avec le bien être.

« *Pourquoi tu es rentrée, on était bien, on mange bien avec papa pourquoi tu es là ?* ». « *Oui, en réalité je m'imaginai maîtresse de maison, c'est pour ça que je cuisinais bien, je dressais la table très bien je faisais des plats hors normes, je faisais tout pour mettre mon père à l'aise. Je cuisine bien tu sais ? Toute personne ayant goûté ma cuisine le dit.* »

B.3. Le sentiment de culpabilité :

Pour FREUD (citer par Vannina MICHELI-RECHTMAN.2003. P. 147-148.)⁵⁴⁸, ce sentiment de culpabilité à sa raison d'être d'ailleurs il : « *Théorise ce qu'il appelle la pulsion de mort et il l'illustre par l'exemple de la pulsion d'agression où il relève deux tendances : du côté*

⁵⁴⁶D.W. WINNICOTT, 1971, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris

⁵⁴⁷ ANZIEU, D. 1985, *Le moi-Peau*, Paris, DUNOD.

⁵⁴⁸ Vannina MICHELI-RECHTMAN.2003. *Anorexie et pulsion de mort : une perspective lacanienne*. In analyse freudienne presse 6. Paris. PP. 145-151.P 147-148.

de la pulsion de vie, c'est la tendance à s'approprier l'objet, puisqu'elle vise d'abord à s'y unir, et du côté de la pulsion de mort, c'est la tendance à détruire l'objet. Mais la pulsion d'agression est liée à la pulsion d'amour, c'est alors la genèse de la culpabilité : la lutte éternelle entre l'Éros et la pulsion de destruction ou de mort. »

Par ailleurs, comme l'a déclaré M. KLEIN (1937)⁵⁴⁹, les conflits violents entre les pulsions agressives (effacer son frère) et l'amour engendrent des sentiments de culpabilité et des souhaits de bien faire : « *ce n'est pas de sa faute* », « *elle m'aime mais à sa façon* ». Les pulsions agressives de S, qui sont représentées dans son histoire, donnent naissance à une grande culpabilité et à une crainte de voir mourir les personnes aimées, sentiments qui font partie de l'amour, le renforcent et l'accroissent.

Derrière cette conception (sentiment de culpabilité), on trouve le concept freudien fondamental de l'ambivalence en tant qu'aspect de la maturité individuelle.

D'autre part, selon D.W. WINNICOTT (1984, p.40)⁵⁵⁰, « *Le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel qui permet le maintien d'une bonne représentation de l'objet en même temps que l'idée de sa destruction* ». L'idée de détruire un objet surgit « *la maison avec sa famille à l'intérieur* », le sentiment de culpabilité apparaît, et il en résulte un travail constructif.

D'autre part, on considère que l'agressivité chez S, est le plus souvent liée à une insatisfaction profonde, consécutive à un manque d'affection ou à un sentiment de dévalorisation personnelle. Elle est motivée par un sentiment d'impuissance et surgit dès que la patiente n'a plus le sentiment d'être reconnu ou valorisé. Lorsque, par exemple, malgré ses efforts. Quand S était puni pour les bêtises dont son frère était responsable, elle éprouvait un sentiment d'impuissance à être entendu. L'adolescente chercherait alors, par son agressivité, à échapper à un sentiment de non reconnaissance du moi.

Toutes ces données nous ramènent à un masochisme moral où le sujet aimé-haï disparaît pour laisser place à l'investissement de la souffrance pour ROSENBERG (citer par CORCOS, M.2000. P. 86)⁵⁵¹ il « *présente l'apparence d'une culpabilité se fondant sur un surmoi impersonnel et déssexualisé alors qu'il s'agit du désir de punition sexualisé, de satisfaction masochiste. On peut dire que si le masochisme moral garde l'apparence de la culpabilité avec une réalité de satisfaction masochiste, c'est pour garder l'apparence de névrose avec une pratique perverse cachée...* »

⁵⁴⁹ KLEIN, M., RIVIERE, J. (1937). *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989.

⁵⁵⁰ WINNICOTT, D.W. (1984). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004.

⁵⁵¹ CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86.

Il est important d'insister sur le fait que la culpabilité est là pour témoigner du souci pour l'objet, de la sollicitude envers l'objet, et du désir de réparation. Ceci est bien entendu comparable à la culpabilité de la position dépressive proposée par M. KLEIN. Le sentiment de culpabilité ressenti par le cas est dû à l'ambivalence reconnue dans leur sentiment à l'égard de l'objet attaqué (amour et haine) et suscite ainsi des désirs de réparation.

C. Relation avec la fratrie :

On pense qu'à la naissance de son frère, S, a dû éprouver le sentiment d'avoir perdu sa place au sein de la famille et la crainte de ne plus être aimée de ses parents. D'après S. FREUD (1921, p.186)⁵⁵², « *L'aîné des enfants voudrait, c'est certain, refouler jalousement celui qui vient après lui, le tenir à l'écart des parents et le dépouiller de ses droits...* ». Dès lors, dès que notre cas est confronté à une frustration et donc au déplaisir au cours de jeu avec son frère, elle manifeste de l'agressivité. S, semble être intensément jalouse de son frère dans la mesure où elle le considère comme un rival dans l'amour des parents.

« *Je suis jalouse* », « *Mon frère cadet, pas vraiment, ce n'est pas de sa faute, c'est ma mère qui exerce une pression sur moi avec son comportement, ça me donne l'envie de l'effacer* », « *ça me tue* »

En effet, ce qui provoque l'agressivité de S, envers son frère semble être la prise de conscience d'un empiètement sur son monde, son territoire, son espace. L'intention agressive est une reconnaissance de l'autre en tant qu'objet contre qui il va avoir de l'agressivité.

On retrouve l'idée selon laquelle l'agressivité est réactionnelle. En effet, c'est une opposition active ou bien une persécution qui la provoque :

« *C'est toujours réactionnelle par rapport à ses comparaisons interminable* »

C.1. La jalousie et la rivalité sont prégnantes pour S, qui ne peut pas ou ne veut pas partager sa mère avec un autre, son frère, et son père « *si ce n'est pas avec mon père, c'est chez mes grands parents* ».

Toutefois, cette même jalousie est la voie de dépassement de la relation « fusionnelle » avec la mère ; l'apparition d'un tiers personnage dans cette relation d'envie mère-enfant soulage le moi de l'enfant, en permettant de projeter tout ce qui est mauvais sur lui, pour garder la bonne mère, tremplin permettant de faire peu à peu un travail progressif de déplacement, de déliaison puis de reliaison du bon et du mauvais. La jalousie sort donc notre cas de la captation

⁵⁵² FREUD, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 186. PP. 117-217.

narcissique duelle et permet une distribution de l'amour et de la haine, qui vont pouvoir se moduler en gardant toujours un lien à un objet satisfaisant, tantôt le père, tantôt la mère, où peu à peu les différences vont s'enrichir d'expériences autres que bon/mauvais pour elle. S, va donc découvrir leurs défauts et leurs faiblesses, mais aussi leurs qualités. Ceci est tout le cheminement œdipien, où les qualités des relations entretenues entre les parents seront déterminantes. « *Si ces relations sont satisfaisantes, elles aideront à accepter de façon constructive la rivalité et la différence dans un système désormais autre que quantitatif et statique, celui-là même de l'envie, où l'amour est ressenti comme un gâteau qui, s'il est partagé, nous fait nécessairement perdre la plus grosse et la meilleure part, car c'est toujours ce qui nous manque qui serait le meilleur, avec aussi ce que cette position d'envie peut avoir de dynamisant, dans la vie sociale, où la nécessité d'être premier sert la réussite...* » (A. CICCONE, 2003)⁵⁵³.

D. Relations sociales :

S, est une personne très réservée à ce niveau. La sphère sociale de la patiente est réduite, se limitant à son entourage familial, à son copain qui fait objet de substitut paternel ; lui assurant protection et à travers duquel, elle revit l'œdipe.

Il y a donc, d'un côté, un objet d'amour de nature oedipienne, idéalisé dans sa fonction, héritier des souvenirs d'amour des parents, que P. GUTTON (1998)⁵⁵⁴ appelle « *objets narcissiques pubertaires*. » ; d'un autre côté, se trouve l'objet de désir, accessible, sur lequel les pulsions libidinales difficilement maîtrisables par le moi, vont être dirigées. Cet objet est un des nouveaux acquis de la puberté.

C. DAVID (1998)⁵⁵⁵, nous explique ainsi que les premiers amours sont souvent marquées de répétitions oedipiennes ou de nostalgie préoedipienne, marquées par l'interdit et l'inhibition.

Par ailleurs, C. DAVID (1998)⁵⁵⁶ et P. GUTTON (1998)⁵⁵⁷ semblent s'accorder sur le fait que l'adolescence est « *la période la plus exposée aux dangers de la réalité extérieure* » : durant cette période, le ça qui est stimulé par le monde extérieur va déferler le flot des pulsions libidinales qui vont alors submerger un Moi, déjà fragilisé par les ravages d'un Surmoi archaïque, mais aussi par la blessure narcissique provoquée par la scène pubertaire.

⁵⁵³ CICCONE, A. (2003). *Les enfants qui « poussent à bout »*. Logiques du lien tyrannique. In Psychanalyse du lien tyrannique. Paris : DUNOD.

⁵⁵⁴ GUTTON, P. 1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

⁵⁵⁵ DAVID, C. 1998. *Aimer c'est croître*. Adolescence, n°32.

⁵⁵⁶ DAVID, C. 1998. *Aimer c'est croître*. Adolescence, n°32.

⁵⁵⁷ GUTTON, P. 1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

Cependant, l'accès à cet objet libidinal non interdit (contrairement à l'objet oedipien), permet l'ouverture d'un réservoir narcissique.

Ce nouvel objet, va permettre à l'adolescente de guérir sa blessure narcissique en recherchant des « *solutions adolescentes* » (P. GUTTON, 1998)⁵⁵⁸.

Ainsi la période œdipienne persiste. Les questions œdipiennes non totalement résolues n'étant pas entièrement refoulées, n'est pas parvenu à sublimer son agressivité : « *Comme le fantasme est trop terrible pour être accepté et supporté, il ne peut être utilisé dans la sublimation* » (D.W. WINNICOTT, 1957, p.164)⁵⁵⁹. Ainsi, elle ne parvient pas à liquider son œdipe.

7. La puberté

Il semble y avoir quelque chose de dérangent dans la puberté, pour notre cas, parce que c'est le moment où elle a cessé ses jeux sexuels. Elle se masturbait depuis son jeune âge, mais a arrêté dès l'apparition des poils sur le pubis, « *je me suis masturbée quand j'étais un peu plus jeune, ensuite quand j'ai commencé à avoir des poils je trouvais que c'était dégoûtant, que ce n'était plus agréable. Je commençais à me sous-estimer à me mépriser, j'ai arrêté, depuis je ne me suis jamais touchée.* ». Ses troubles alimentaires ont commencé et elle ne s'est jamais masturbée ou touchée par la suite.

Aussi, l'adolescente vit sa puberté en tant que traumatisme, de part l'apparition d'un comportement impulsif qui est la trichotillomanie, lui procurant du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter) ; ce qui nous laisse penser que la patiente n'a pu surmonter les transformations pubertaires et le nouveau rôle qu'elles lui attribuent, puisque les cheveux sont associés à la féminité.

8. Sexualité :

Afin de posséder un sexe et un sentiment sexuel, il faut d'abord une représentation d'un corps séparé et l'assurance d'une identité subjective. Faute de quoi la sexualité risquera de se voir utilisée en grande partie pour réparer des failles dans le sentiment d'identité.

Les propos de notre cas « *je ne veux pas le perdre, je ne peux pas rester seule, je ne vais pas vers lui pour le sexe* ». Nous laisse parler de sexualité addictive car d'une part elle est utilisée plutôt pour fuir des états psychiques pénibles, car elle cherche la complétude par

⁵⁵⁸ GUTTON. P.1998, *L'amour et ses preuves*. Revue adolescence, n°32.

⁵⁵⁹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

l'obtention du phallus et d'autre part pour combler les lacunes dans le sentiment d'identité, que pour réaliser des désirs libidinaux.

Pour illustrer ses propos, A. BRACONNIER (1998)⁵⁶⁰ s'appuie sur le constat que *« l'adolescent fragilisé narcissiquement est constamment à la recherche de ses assises narcissiques y compris dans son commerce avec l'objet pour analyser la fuite dans l'agir que manifestent certains adolescents recherchant alors une perfusion narcissique. »*

Selon le même auteur, *« l'objet recherché n'est plus un objet amoureux source de complétude, mais un objet addictif source de court-circuitage de l'affect négatif et de l'évitement de la conflictualité narcissico- objectale »* (A. BRACONNIER, 1998)⁵⁶¹.

« L'objet d'addiction peut être vu comme un pansement pour la psyché qui colmate les brèches narcissiques liées aux défaillances des assises narcissiques et des premiers auto-érotismes en s'offrant comme néo-objet de substitution sous emprise. Il concrétise une source d'excitation externe qui vient relayer les défaillances internes du désir et contre-investir les angoisses de destruction et de vide. Mais il est aussi un pare-excitations face au potentiel excitant des objets et à leur dimension incestueuse. Dans cette perspective, la vulnérabilité addictive peut être vue comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante et menaçante. »

Cependant le couple fonctionne selon deux modes tout à fait différents, l'adolescente reste sur un mode plutôt affectif, tandis que son copain fonctionne selon un mode sexuel génital, elle pense qu'elle lui est redevable *« c'est mon initiateur, tu sais ? »*.

« Je n'ai pas envie de le perdre. Pour moi ce n'est pas une histoire de sexe, je vais vers lui plutôt parce que j'ai besoin de lui, j'ai besoin de sentir son affection, l'intérêt qu'il me porte, sa protection. Il est plus porté sur le sexe que moi, il est plus entreprenant que moi ».

Son choix d'objet semble correspondre à un processus auto- calmant, qui doit répondre à la fois de la tendresse maternelle, et de la séduction paternelle.

Notre adolescente *« utilise l'autre comme un miroir décalé, un insight extériorisé en voie d'introjection qui lui permet de revisiter son passé, d'élaborer ses émotions, de mettre en place une pensée personnelle et d'appivoiser l'altérité »* (M. BOUBLI, 1998, p. 191)⁵⁶².

⁵⁶⁰ BRACONNIER. A. 1998. *Expériences d'amour*. Revue adolescence, n° 32.

⁵⁶¹ BRACONNIER. A. 1998. *Expériences d'amour*. Revue adolescence, n° 32.

⁵⁶² BOUBLI. M. 1998. *Du même, trop semblable, à la petite dissemblance dans la quête de l'altérité*. Revue adolescence, n°32.

Or, cet autre varie d'un miroir très fidèle : un « double trop semblable », renvoyant à un amour narcissique plutôt de type homosexuel ; à un miroir plus décalé : un « double dissemblable » renvoyant à un amour narcissique plutôt de type hétérosexuel.

Ce double, quelle que soit sa nature, va permettre à l'adolescente d'aimer quelqu'un qui n'est pas identique à lui mais qui lui ressemble.

L'adolescente fait projeter sur son copain des parties de ses objets oedipiens. Elle pourra alors se regarder, regarder la personne aimée, et débiter un travail de distanciation, de mise en valeur des points communs et des différences entre l'objet d'amour, elle et ses objets parentaux.

Son copain va également servir d'appendice à son appareil psychique lorsque le sien est débordé sensoriellement et affectivement.

En outre, le processus de génitalisation, s'il permet une reprise du développement sous un angle sexualisé nouveau, il permet également une modification des processus de la pensée. Ainsi l'adolescente, avec l'accès à l'autre accède aussi à un autre type de pensée : en acceptant d'être pénétré par la pensée de l'autre, l'adolescent va voir sa propre pensée enrichie, détoxiquée grâce à l'abandon de ses illusions omnipotentes. Alors, ce processus permet à l'adolescente d'aborder la possibilité de relations sexuelles avec un partenaire plus clairement différencié de soi et de ses objets oedipiens (M. BOUBLI, 1998)⁵⁶³.

8.A. En matière de sexualité, S, s'adonnait à des jeux sexuels, lorsqu'elle était plus jeune, la sexualité lui était permise. Ses premières fréquentations des garçons remontent à l'âge de 15 ans pour la première fois.

Elle est loin d'être à l'aise avec son corps, ne se trouve pas attirante sexuellement, du moins aujourd'hui. Lorsqu'elle était jeune cela semblait différent parce qu'elle se masturbait donc se touchait avec les doigts. Maintenant, elle a beaucoup de difficulté à regarder son corps et est incapable de le toucher. Elle a des relations sexuelles mais ne se trouve pas sexuellement attirante. Il a été mentionné précédemment que l'insatisfaction corporelle et la distorsion de l'image corporelle sont caractéristiques de l'anorexie (CONDIT, 1990⁵⁶⁴; PATTON, 1992⁵⁶⁵).

Par ailleurs, l'adolescente manifeste une auto agressivité « *je suis trichotillomane* », « *ça m'a piqué mais m'a beaucoup plu.* » « *Mais ça ne me fait rien, je me suis habituée à cette douleur.* ». A travers cette attitude, elle exprime une forme morbide de la sexualité ou règne une

⁵⁶³BOUBLI, M. 1998. *Du même, trop semblable, à la petite dissemblance dans la quête de l'altérité.* Revue adolescence, n°32.

⁵⁶⁴CONDIT, V.K. 1990. Anorexia Nervosa: Levels of causation. *Human Nature*, vol. 1, N° 4, p. 391-413.

⁵⁶⁵PATTON, G. 1992. Eating disorders: Antecedents, evolution and course. *Annals of Medicine*, vol. 24, p. 281-284

auto destruction. Ce comportement impulsif qui est la trichotillomanie, lui procure du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter).

Cet auto-sadisme Selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁵⁶⁶, « est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces. ».

Ses propos « C'est les vomissements jusqu'à 14- 15 fois, je prends de l'eau à chaque fois pour mieux **évacuer**, et je repars vers les toilettes et ainsi de suite, jusqu'à ce que je me sente **vider** de tout. », « (...) Je me sente **vider** de tout », révèlent un masochisme érogène. Sachant que le masochisme érogène où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine.

Cependant et à travers ses propos « Je me sens **gonfler** » « (...) Je me sente **vider** de tout » on peut penser qu'il s'agit de synonyme de grosseur, « (...) je change mes hanches »

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'anorexique, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion, de la chair.

Chez l'anorexique persiste d'une manière presque indénouable, l'angoisse du plein, l'angoisse mortelle d'être remplie, tant du point de vue oral que génitale. Le vide est intensément recherché pour l'exaltation qu'il procure car il libère l'esprit de son aliénation corporelle.

A travers toutes ces données, le sujet fait une projection de la scène primitive sur sa relation avec son copain.

9. Relation avec le corps :

Elle exprime un mal être par rapport à son corps, qu'elle essaie de cacher par des vêtements amples, avec une distorsion de l'image du corps d'ailleurs elle évite de se regarder dans une glace due à une carence de le maternage et surtout absence de reflet dans le regard de la mère. L'adolescente s'anéantit face au poids de la demande de l'Autre qui l'opprime, et l'on retrouve ce que FREUD (citer par V. MICHELI-RECHTMAN.2003. P. 151.)⁵⁶⁷, soulignait à propos de la mère « *affamante* ».

⁵⁶⁶ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

⁵⁶⁷ Vannina MICHELI-RECHTMAN.2003. *Anorexie et pulsion de mort : une perspective lacanienne*. In analyse freudienne presse 6. Paris. P. 151.

« *Il y avait éléphant man, maintenant, il y a éléphant woman* » essaie-t-elle d'ironiser, trahissant son désespoir et une image corporelle très dévalorisée.

A travers le comportement auto-agressif que l'adolescente manifeste : la trichotillomanie, les vomissements répétés, il s'agirait d'une violence contre le corps que l'anorexique s'évertue à perpétuer est aussi une manière d'exprimer un « non-dit » qui n'arrive pas à accéder au langage et qui ne peut être symbolisé. Ce « non-dit » est souvent de l'hostilité contre la famille et plus largement la société. Cette auto-agression est le contrepoids d'une hétéro-agression qui n'arrive pas à s'exprimer sainement. C'est pour l'anorexique un moyen ultime de survie pour tenter de conjuguer avec ses carences profondes qui ne sont pas comblées. On assiste, on définitive, à une auto-agression de défense contre une douleur intrapsychique insupportable.

Cependant la question du corps et de son lien à la pulsion de mort est donc centrale. En effet, si l'anorexique mange du « rien » (LACAN, cité par V. MICHELI-RECHTMAN.2003. P. 151)⁵⁶⁸, cela a bien entendu des conséquences sur son corps qu'elle réduit à son minimum.

10. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin, kleptomanie. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**,

« *Je ne sais pas lui dire NON, j'ai peur qu'il se fâche, qu'il me plaque et part, je sais que même s'il partait il reviendra, mais j'ai peur de rester seule, l'idée m'angoisse.* »

11. La vie fantasmatique :

A. L'agressivité :

D'après WINNICOTT (1957, p, 164.)⁵⁶⁹, « *L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication* ».

La patiente manifeste une auto- agressivité ; elle se dit trichotillomane, cependant cette auto-agressivité lui procure quand même une satisfaction. « *Je suis trichotillomane depuis l'âge de 13 ans* » « *Ca m'a piqué, mais beaucoup plu* ». « *Mais ça ne me fait rien, je me suis habituée à cette douleur.* ».

⁵⁶⁸ Vannina MICHELI-RECHTMAN.2003. *Anorexie et pulsion de mort : une perspective lacanienne*. In analyse freudienne presse 6. Paris. P. 151.

⁵⁶⁹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

Selon ses dires une agressivité vis-à-vis sa mère est à notée, avec une culpabilité importante.

« *Je me montre agressive verbalement avec elle, juste verbalement ; quand je me sens toucher à travers ses dires ou gestes, ses comparaisons interminables. C'est tout le temps réactionnel.* »

« *Mon frère cadet, pas vraiment, ce n'est pas de sa faute, c'est ma mère qui exerce une pression sur moi avec son comportement, ça me donne l'envie de l'effacer, Je ne comprends pourquoi je me montre agressive vis-à-vis de ma mère, en dirait que je la punis.* »

« (...) *Quand je me remémore ce que je lui fais subir, je culpabilise à fond la caisse je t'assure, mais ALLAH ghaleb.* »

Derrière cette justification, S, cache une agressivité qui pointe, elle dit « *elle préfère mon frère* ». « *Mes parents comptent beaucoup plus sur moi que sur mon frère pour régler tout type de problème et préoccupations, mais je ne comprends pas pourquoi elle le préfère à moi, c'est parce que c'est le garçon c'est ça ? Je fais de mon mieux mis je ne peux pas la satisfaire.*

Ils m'ont toujours considéré comme un garçon, et là, ma mère me demande d'être un plus féminine, je ne sais pas l'être, je ne peux faire marche arrière, je suis comme ça et je le reste, ce que je n'aime pas c'est qu'ils me considèrent comme un garçon quand ils le veulent et une fille quand ils le veulent aussi, ça je ne l'aime pas ça me perturbe.»

Elle évoque alors, « *c'est une injustice que les filles sont moins aimées que les garçons*», dans une timide et ironique tentative de rébellion qui cache mal son sentiment d'impuissance.

Il s'agit d'une tendance défensive au refus sous une forme d'agressivité dominante exprimée par le niveau verbal, tandis que, le niveau non verbal exprime à la fois une tension qu'elle tente de contenir par un balancement de jambe lourd et répétitif et une tristesse profonde qu'on perçoit à travers les larmes qu'elle retient.

B. Fantasme sadomasochiste :

Comme il a été déjà énoncé, la trichotillomanie, lui procure du plaisir (ce qui augmente la difficulté à arrêter).

« *Je suis trichotillomane* », « *ça m'a piqué mais m'a beaucoup plu.* » « *Mais ça ne me fait rien, je me suis habituée à cette douleur.* ».

Cet auto-sadisme Selon GILBERT (in CORCOS, M. Encycl. Méd. Chir. 2002, p, 150578)⁵⁷⁰, « *est une forme d'autoérotisme autodestructeur, substitut régressif de*

⁵⁷⁰ CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150578.

l'autoérotisme œdipien, qui vise à recréer l'unité au niveau du corps du sujet qui pourrait être le miroir de la façon dont le sujet a pu être touché ou pas lors des interrelations précoces. ».

L'adolescente manifeste d'une part une auto-agressivité et d'autre part une hétéro-agressivité, qui lui procurent beaucoup de plaisir ; D'après WINNICOTT (1957)⁵⁷¹ :

« L'agressivité peut être source de plaisir, mais elle porte inévitablement en elle un dommage, réel ou imaginaire, infligé à quelqu'un, si bien que l'enfant ne peut pas faire autrement que d'affronter cette complication ».

Cependant, On constate une dimension masochiste que ce soit moral ou érogène :

Les propos « (...) *C'est les vomissements jusqu'à 14- 15 fois, je prends de l'eau à chaque fois pour mieux évacuer, et je repars vers les toilettes et ainsi de suite, jusqu'à ce que je me sente vider de tout.* », révèlent un **masochisme érogène**. Sachant que le masochisme érogène où le masochisme primaire érotisé permet de conserver le commerce avec l'objet dans la haine.

Le sentiment de culpabilité éprouvé après une agressivité à l'égard de la mère dénote d'un **masochisme moral** où le sujet aimé-haï disparaît pour laisser place à l'investissement de la souffrance pour ROSENBERG (citer par CORCOS, M.2000. P. 86)⁵⁷² il « *présente l'apparence d'une culpabilité se fondant sur un surmoi impersonnel et déssexualisé alors qu'il s'agit du désir de punition sexualisé, de satisfaction masochiste. On peut dire que si le masochisme moral garde l'apparence de la culpabilité avec une réalité de satisfaction masochiste, c'est pour garder l'apparence de névrose avec une pratique perverse cachée... ».*

« Mon frère cadet, pas vraiment, ce n'est pas de sa faute, c'est ma mère qui exerce une pression sur moi avec son comportement, ça me donne l'envie de l'effacer », ces propos par contre révèle un **sadisme**.

B.1. Tentative de contrôle sadomasochiste :

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

C. Fantasma de transgression de l'inceste :

⁵⁷¹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.

⁵⁷² CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.P. 86.

« Possible que cherche une bonne compagnie tout court, où existe un mélange d'affection, un poids intellectuel, assurance, sécurité, un tout quoi... je me sens mieux avec les vieux, le courant est plus fluide »

« Mon père est très combattant, très fort, et très très diplomate, il a du caractère, remarque c'est normal vu son expérience dans la vie, ma mère me dit souvent « tu lui ressemble beaucoup, tu as son caractère » je lui réponds « il faudrait bien ressembler à quelqu'un, non ? ».

« Tout, il a la tête sur les épaules, très réfléchi, très diplomate, un savoir faire extraordinaire, affectueux, disponible pour moi seule, aucun partage. Tout me plaît, tout me passionne. »

« J'étais restée éblouie la toute première fois qu'on s'est parlé, il parle bien... »

« Oui, en réalité je m'imaginai maîtresse de maison, c'est pour ça que je cuisinais bien, je dressais la table très bien je faisais des plats hors normes, je faisais tout pour mettre mon père à l'aise. Je cuisine bien tu sais ? Toute personne ayant goûté ma cuisine le dit. »

A travers cette projection de l'image du père sur le copain, et la reviviscence de l'œdipe ; La jeune fille semble « se réserver » son père dans son fantasme. Le fruit interdit ne peut être atteint et acquis qu'à travers la projection de la protection et la sécurité assurées par l'objet d'amour sur un objet accepté d'une part, et d'autre part, par le biais de ses relations sexuelles avec son copain, **elle revit le fantasme incestueux fantasmatiquement**, il s'agit d'une quête illusoire d'une retrouvaille paternelle.

D. Le fantasme d'auto engendrement.

La reprise du développement psycho sexuel, après la phase de latence va permettre un sentiment de renaissance à soi même et à autrui, ce qui entraîne, parfois un « *fantasme d'auto engendrement* » comme si la découverte de l'expérience sexuelle nouvelle provoquait une seconde naissance, voire même était le commencement de tout (C. DAVID, 1998, p. 9)⁵⁷³.

Notre cas s'est trouvée un objet d'amour extérieur à la famille ce qui permettra la reprise du développement psychosexuel : il peut donc être défini comme un objet de maturation. Il permet la reconstruction de son identité et la structuration de l'adolescente.

L'adolescente va donc utiliser son copain en tant que nouvel organisateur interne. Il lui permettra de poursuivre son développement psychique là où les parents oedipiens ont échoué.

⁵⁷³DAVID. C.1998. *Aimer c'est croître. Adolescence*, n°32.P. 9.

E. Fantasma de la jeunesse éternelle :

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

12. Mécanismes de défense :

A. Régression :

La peur de notre regard et jugement par rapport à ses relations, semble bien revêtir un aspect transférentiel, dans le sens où ça lui permet de revivre une régression à l'objet d'amour premier. On représente pour elle, tel l'objet maternel du narcissisme primaire, une personne apte à s'identifier et à répondre à ses besoins primaires de survie. La culpabilité à sa raison d'être, selon nous, dans ce contexte de mouvement régressif particulier et cette symbiose avec la mère car elle espère inconsciemment et fantasmatiquement avoir le père.

B. Identification :

« (...) *C'est contradictoire non ? Je n'aimais pas qu'elle parte et en même temps j'appréciais son absence. Même maintenant je n'aime toujours pas qu'elle parte et quand elle n'est pas à la maison je suis à l'aise mais j'essaye toujours de trouver un prétexte pour me disputer avec elle.* ». Ces propos nous semblent sous tendre un conflit interne entre son besoin d'émancipation à l'emprise parentale et sa nécessité, pour cela, de s'identifier aux attentes paternelles. On peut se demander ainsi, si le symptôme de S, ne répond pas à un besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante (JEAMMET, 1990, p. 38.)⁵⁷⁴.

« Mon père, il m'a dit en rigolant « Ah mon fils est devenu une fille », j'étais très timide, mais ça m'a fait rire, il disait aussi, « j'ai deux garçons et un garçon », ça me faisais rire aussi, mais je ne sentais pas une gêne, au fond de moi-même une certaine valorisation me réjouissais. Mon père m'a responsabilisé très tôt, il me disait « tu dois être forte si tu ne veux pas être mangée crue, il faut s'armer de bon sens, lucidité, tu dois être débrouillarde si tu veux t'affirmer et avoir une place dans la société. »... mon père est très combattant, très fort, et très très diplomate, il a du caractère, remarque c'est normal vu son expérience dans la vie,

⁵⁷⁴ JEAMMET, P. 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

ma mère me dit souvent « tu lui ressemble beaucoup, tu as son caractère » je lui réponds « il faudrait bien ressembler à quelqu'un, non ? ». »

B.1. Echec de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère-fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

C. Projection/ Introjection :

La jeune fille semble faire une projection de l'image de l'objet d'amour « le père » sur son copain, à travers duquel, elle pouvait avoir le père désiré et interdit sans une situation de rivalité avec la mère. Pour Sami Ali (1990, p. 140)⁵⁷⁵, la projection est au cœur même du processus représentatif à partir du corps en tant que schéma de représentation.

« ...la projection cesse d'être un processus désincarné pour reprendre racine dans le corps, lequel n'est ni sujet, ni objet, mais la condition même qu'il existe un sujet et un objet, soumis à la spatio-temporalité ».

La subjectivité est médiatisée par le corps propre qui constitue en se projetant un espace, un temps, un objet. La projection n'est plus un mécanisme de défense, mais coïncide avec l'imaginaire en tant que création d'une réalité précédemment abolie. *« En ce sens, la projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui. Elle devient ainsi synonyme de l'imaginaire, (...) »* (Sami-Ali, 1990, p. 137)⁵⁷⁶

Toutefois, la jalousie qu'éprouve S par rapport à son frère lui permet de dépasser la relation « fusionnelle » avec la mère ; et lui permet de **projeter** tout ce qui est mauvais sur lui, pour garder la bonne mère en utilisant comme moyen **l'introjection**.

D. Incorporation :

Ainsi, en perdant la protection et la reconnaissance de « sa famille », l'adolescente se verrait attaquer dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement excorporer par les vomissements.

⁵⁷⁵SAMI-ALI, 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. p.140.

⁵⁷⁶SAMI-ALI, 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. P. 137.

E. Identification projective :

La réaction agressive dénotée par une attitude de refus, en tant qu'elle paraît rendre compte de la **projection** de ses propres craintes sur notre personne dans le but de nous nuire, peut être considérée comme étant la manifestation du mécanisme de défense de **l'identification projective** (KLEIN, 1967)⁵⁷⁷. A travers son récit, on note un abandon précoce de la famille où elle paraît occuper la place du « mauvais objet » que l'on ne peut pas aimer.

F. Déni :

La patiente dénie sa pathologie avec insistance, et son amaigrissement.

G. Annulation :

Le fait qu'elle ne supporte pas voir la peine de sa victime nous semble être en faveur d'une relation en miroir où dans le regard de la personne elle peut voir son propre désespoir face au manque, ce qu'elle ne supporte pas et qu'elle tente alors d'annuler en lui rendant son dû.

H. Echec du Refoulement :

Ainsi la projection de l'image de l'objet, à savoir celle du père sur son copain renseigne que la période œdipienne persiste. La période œdipienne n'a pas permis à S de structurer et de **sublimier** l'agressivité présente naturellement chez tous les enfants. Notre cas n'a pas pu mettre en route les mécanismes de refoulement de cette agressivité. « *Comme le fantasme est trop terrible pour être accepté et supporté, il ne peut être utilisé dans la sublimation* » (D.W. WINNICOTT, 1957, p.164)⁵⁷⁸. Ainsi, elle ne parvient pas à liquider son œdipe.

I. Idéalisation :

L'idéalisation que notre cas porte à son père la pousse à investir un nouvel objet lui ressemblant à travers **la projection afin de pouvoir revivre le fantasme originaire incestueux fantasmatiquement.**

J. Déplacement :

⁵⁷⁷ KLEIN. M, 1967, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

⁵⁷⁸ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot & Rivages, 2001.P. 164.

On repère chez S, une hostilité dirigée vers l'agent frustrant : S se met en colère contre sa mère qui préfère son frère. Cette hostilité est également déplacée sur un substitut ; ne pouvant attaquer sa mère, elle s'en prend à plus faible, son frère. Elle déplace son affection pour son père sur son copain

K. Clivage du moi

Notre cas prend conscience de son agressivité et fait part, au cours des entretiens, de son sentiment de responsabilité et de culpabilité. D'après S. FREUD, une des deux parties du moi qui exerce une activité si cruelle inclut la conscience, instance critique dans le moi, appelée « idéal du moi » (FREUD, S. 1921. 117-217.)⁵⁷⁹.

D'après D.W. WINNICOTT, « *le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel qui permet le maintien d'une bonne représentation de l'objet en même temps que l'idée de sa destruction* » (WINNICOTT, 1984, p.40)⁵⁸⁰.

L. L'ascétisme :

Les conduites d'ascétisme permettent de dénier les besoins corporels ainsi que la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

M. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement ex-corporer par les vomissements.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

N. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation (Mère) soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en

⁵⁷⁹ FREUD, S. 1921. Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

⁵⁸⁰ WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004. p.40

détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

Conclusion :

A la lumière des données recueillies, on a repéré une organisation de type névrotique chez notre cas, à partir de différentes manifestations telles que : sa peur de la séparation avec sa mère, son angoisse d'abandon par le père ; ce qui la poussé à investir un objet en substitut.

Pendant les premiers entretiens où elle s'est montrée « trop sage » et plutôt soumise, bien que capable d'établir un contact avec nous, elle nous est apparue comme une adolescente inhibée, qui ressent avec angoisse ses propres mouvements pulsionnels (agressifs) et les vit avec culpabilité.

On pense que sa réaction défensive de refus explique fortement ce que son discours signifiait au niveau latent, à savoir, la crainte de sentir qu'elle a besoin de l'autre et que cet autre peut l'abandonner (angoisse dépressive sous-jacente), mais aussi l'angoisse de réactiver, par la parole, ses affects dépressifs.

Ainsi, Une coupure entre ce qu'elle ressent et ce qu'elle communique devient inévitable et se traduit par divers actes. Or, « *de telles coupures, comme nous le savons, donnent souvent lieu à une économie psychique dominée par les conduites addictives ou par une forte tendance à somatiser. Ces actes divers prennent en quelque sorte la place des mots et constituent ainsi une forme de communication primitive.* » (Joyce Mac DOUGALL, 1996, pp. 199-200.)⁵⁸¹

Avec le temps, **son comportement addictif a fini par s'auto-entretenir et perdre son rôle primordial de protection par rapport à son angoisse de séparation et angoisse existentielle.**

On a noté que sa mère suscite chez elle des pulsions libidinales et également des pulsions destructrices. C'est donc, sa mère, le même « *objet* » qui est à la fois aimé et haï. Ce qui génère chez la patiente un profond sentiment de culpabilité. Des formations réactionnelles font leur apparition avec le désir de réparer les dommages qu'il lui cause, dans ses fantasmes.

S, enfant, n'a pu acquérir la représentation d'une mère interne « *suffisamment bonne* »⁵⁸², qui, normalement, aurait dû lui donner la capacité de s'identifier à elle, afin de supporter ses états de souffrance psychique.

On remarque une nette ambivalence des sentiments de S à l'égard de sa mère. Elle l'aime et manifeste une difficulté au moment des séparations. Cependant, elle ne peut s'empêcher d'être agressive à son égard lorsque celle-ci se montre très exigeante et qu'elle la met dans des situations de comparaisons. Ainsi, de par cette ambivalence, lorsqu'elle lui fait du mal, elle se détruit beaucoup plus. Elle a des exigences internes, surmoïques, très sévères.

⁵⁸¹ J. Mac DOUGALL, 1996, *Eros aux mille et un visages*, Edition Gallimard, Paris, pp. 199-200.

⁵⁸² WINNICOTT, D.W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

Cependant l'hostilité qu'éprouve S à l'égard de sa mère, est le seul moyen qu'elle ait trouvé pour attirer son attention.

L'étude du cas de S, met en évidence la rivalité fraternelle comme source d'agressivité et qui représente la haine de l'aîné vis-à-vis du puîné. Comme il a été déjà exposé plus haut, son frère cadet devient un concurrent dans l'amour de la mère.

On retrouve les idées de S. FREUD (1981.PP. 117-217)⁵⁸³ à propos de conduites « agressives » qui seraient en rapport avec les pulsions du moi visant à l'affirmation du moi, à la volonté de puissance. On peut dire que l'agressivité chez notre cas est une relation d'objet dans laquelle les sentiments hostiles sont un signe d'attachement affectif : envers le frère ou bien la mère.

L'agressivité apparaît comme une affirmation de soi aux dépens d'autrui. Elle trouverait son origine dans les pulsions d'autoconservation, dans « les luttes du moi pour se maintenir et s'affirmer ». Elle œuvre du côté du principe de plaisir.

Lorsqu'elle est confrontée à la frustration et donc au déplaisir, elle manifeste une opposition active au niveau de son expression verbale, ou bien manifeste une réaction de rage avec cris quand elle a le sentiment d'être impuissante parce que c'est une fille. Ainsi, son attitude d'arrogance et sa colère témoignent également d'une tentative de jouissance.

Cette rage destructrice et la vengeance, le désir d'anéantir l'appétit et le besoin alimentaire aussi bien que les aliments, s'explique alors : « (On retrouve une certaine frénésie dans la compensation débridée des frustrations et dans la recherche toujours déçue d'une jouissance pleine et entière. »⁵⁸⁴

Pour notre part, on pense que le passage à l'acte est étroitement lié à la frustration. En effet, il survient au moindre refus. On repère chez S, des réactions provoquées par la rencontre d'un obstacle sur la voie de l'assouvissement des désirs.

Ainsi, chez notre cas, l'angoisse de séparation domine toute la vie affective. L'expérience du sevrage précoce survit indéfiniment en tant que perte d'objet et première blessure narcissique, tout deuil, toute séparation, toute perte ou rupture ultérieure va réactiver ce traumatisme ; le sevrage est alors, « **point de fixation-régression** autour duquel oscille toute la psyché. » (Pierre AIMEZ. 1979. P.101.)⁵⁸⁵

La ressemblance avec le passage à l'acte psychopathique, impulsif, comme mode privilégié, sinon exclusif de résolutions de conflits, met en relief l'aspect agressif et

⁵⁸³ FREUD.S, (1921), *psychologie des foules et analyse du moi*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : petite bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

⁵⁸⁴ FERNANDEZ, L., CATTEEUW, M. 2002, *Cliniques des addictions*, Paris, Nathan.

⁵⁸⁵ Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P.101.

autodestructeur du geste, non vis-à-vis de la société et de soi, mais vis-à-vis du corps propre et de soi. Un élément commun se repère : la fréquente dimension abandonnique.

Ce rapprochement trouve sa limite dans le fait que l'accès anorexique est généralement anticipé à des degrés divers de plaisir et d'angoisse.

L'impatience, l'urgence de satisfaction, l'intolérance à toute contrainte, la transgression des normes et des usages alimentaires et même l'inversion des valeurs évoquent l'état maniaque.

Cette perspective conduit à concevoir l'anorexie par rapport au concept de mélancolie mais de manière plus générale, à la problématique de la perte d'objet et du déni omnipotent de la dépendance et de la dépression.

L'acte anorexique exprime la dimension du plaisir sous des formes diverses qu'il est impossible de considérer comme renvoyant uniquement à la sphère orale.

Le comportement anorexique se présente comme un aménagement, une réponse à la dépendance à l'objet primaire et à certaines modalités de séparation d'avec l'objet.

Par rapport à ses relations sexuelles, D. S, explique qu'elle arrivait à palper l'excitation de l'autre et que ceci la valorisait. Elle se sentait belle, uniquement à travers son regard et utilisait, en quelque sorte, le désir de son partenaire dans un but narcissique. Comme le mentionnent certains auteurs BRUSSET, (1977)⁵⁸⁶; WIEDERMAN, (1996)⁵⁸⁷, la plupart des filles anorexiques qui ont des activités sexuelles, le font sans implication émotionnelle et corporelle et elles ne semblent pas y trouver de satisfaction ou de plaisir spécifique. S, avait des relations sexuelles parce qu'elle se sentait désirée.

Ses distorsions cognitives lui faisaient croire qu'elle était désirable à cause de son poids et de l'apparence que cette cachexie lui donnait. Cette fausse impression devenait alors une motivation additionnelle pour maintenir son poids au minimum. Être désiré devenait donc un puissant moteur pour tenter de rechercher une certaine perfection corporelle par un amaigrissement démesuré.

Le corps est donc le vecteur d'un dire qui ne se dit pas autrement. Elle évolue et se déplace d'une addiction à une autre, de l'anorexie bien présente à la boulimie, il lui arrive quelque fois également de prendre ce qui ne lui appartient pas ; dans un accès de kleptomanie,

⁵⁸⁶ BRUSSET, B. 1977. *L'assiette et le miroir*. Paris: Édition Privat, 274 p.

⁵⁸⁷ WIEDERMAN, M. W. 1996. Women, Sex, and Dood: A Review of Research on Eating Disorders and Sexuality. *Journal of Sex Research*, vol. 33, no 4, p. 301-311.

trichotillomanie, agressivité. Cependant, dès qu'elle se sent « abandonnés », ces symptômes réapparaissent.

Cependant les objets dérobés sont souvent des attributs féminins : accessoires et produits de maquillages, bijoux fantaisies qu'elle ne portera pas, sinon des aliments.

Elle en a honte, mais ne se considère pas comme une voleuse, pointant là encore l'aspect impulsif et compulsif de son geste. Elle ne peut pas s'en empêcher.

Le passage par une conduite agie lui permet de déplacer sa tension pulsionnelle vers le monde extérieur et de ne plus la subir à l'intérieur de soi, lui donnant ainsi l'illusion d'être active.

Par ailleurs les crises boulimiques **l'aident dans un premier temps à la décharge rapide de ses tensions psychiques et visent à faire taire la douleur morale en elle, la protégeant ainsi d'une probable décompensation narcissique sous une forme plus dépressive.**

Ainsi, dans cette perspective, S, ne cherche pas à se faire du tort, bien au contraire, elle poursuit un « bon objet » qui lui procurerait, tout au moins dans un premier temps, un certain bien-être, et du plaisir. Le but visé dans ses raptus alimentaires est avant tout de **se débarrasser d'affects trop forts et trop douloureux** comme notamment des sentiments d'angoisse, de colère, de tristesse, mais également des sentiments qui seraient agréables et excitants, car vécus comme dangereux du fait de sa trop grande porosité.

La crise boulimique agit alors en quelque sorte comme un analgésique psychique face à sa douleur affective, et n'a d'autres buts que de la à un niveau d'excitation moindre.

Conçue comme une réaction défensive contre la boulimie, l'anorexie mentale doit permettre de supprimer la crainte devant la nourriture, origine de tous les maux, de s'affranchir de tout affect. La revendication d'une totale autonomie dans la « *perpétuelle affirmation de la négation (de tout lien)* »⁵⁸⁸

Ses crises suivies de vomissements sont le reflet de l'incorporation et ex-corporation d'un objet alimentaire dès que l'absence de l'objet maternel se fait sentir. Le contrôle corporel permet d'éviter d'être habité par l'objet vécu comme persécuteur à l'intérieur de soi. Ainsi, **les tentatives de contrôle de poids semblent constituer également un mécanisme de défense à une émergence dépressive** renvoyant fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel. L'échec de l'identification primaire semble en être à l'origine et l'on observe une fixation prégénitale orale et anale avec un vécu archaïque de relation « virtuellement fusionnelle » à une mère omnipotente et dévorante dans son absence.

⁵⁸⁸ P. AIMEZ et J. RAVAR, 1988, *Boulimiques. Origines et traitement de la boulimie*, Santé Ramsay, p. 182

Cependant, elle abrase en même temps ses possibilités de recours à une élaboration psychique. Ainsi, le vide exprimé à l'approche des crises correspondrait en fait davantage à une saturation émotionnelle « *brutale, incontrôlable* » (BRUSSET, B. 1995)⁵⁸⁹ qu'elle n'arrive pas à gérer.

Ces vides, qui sont à la fois corporels, affectifs et psychiques, surviennent dans des moments de solitude, quand le rôle du pare-excitation fait défaut et qu'elle doit alors lutter contre un sentiment d'étrangeté qui l'envahit et attaque ses repères identitaires. Ils sont des aménagements, des leurres perceptifs visant à apaiser son état émotionnel trop intense, qui risquerait de la confronter à sa dépendance. Elle est active dans ce processus, qui consiste pour elle à faire, dans une position économique, « *un plein de vide* » qui viendra se mettre en superposition à « *un trop plein* » d'émotions.

Sans omettre les rituels alimentaires que notre cas manifeste, d'ailleurs (Pierre AIMEZ. 1979. P. 100-101.)⁵⁹⁰, l'illustre bien : « *Si à cet égard, en paraphrasant FREUD, on peut dire que l'art culinaire est à ranger du côté de l'hystérie, les tabous, et les rites alimentaires apparaissent à la névrose obsessionnelle tandis que les diététiques plus au moins rationnelles ou scientifiques ressortissent à la paranoïa* ». Et son état d'inquiétude au début du suivi exprimé par une inhibition (timidité).

En outre, Le développement de S, est dominé par d'intenses conflits entre les tendances destructrices (la haine) et les tendances intégratrices (l'amour) ; il est toutefois difficile pour elle de traverser l'angoisse que cet affrontement provoque et les défenses primitives qu'elle suscite.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁵⁹¹, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère-enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu. La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

De la sorte, le recours au corps comme lieu de décharge pulsionnel, devient la seule solution possible, seule sa resexualisation par le biais d'une fixation et régression orale (par

⁵⁸⁹ BRUSSET, B. 1995, La boulimie, in LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF.

⁵⁹⁰ Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P. 100-101.

⁵⁹¹ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

rapport au sevrage précoce et carence en maternage) lui permet d'éviter et de contourner cet état d'angoisse.

Toute fois, cette érogénité et érotisation du corps reste morbides et prégénitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité prégénitale de type sadomasochiste.

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.						X
2. J'évite de manger quand j'ai faim.					X	
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.			X			
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.			X			
5. Je coupe la nourriture en petits morceaux.		X				
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.					X	
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)			X			
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.				X		
9. Je vomis après avoir mangé.					X	
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.					X	
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						X
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.						X
13. On pense que je suis trop maigre.					X	
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						X
15. Je mange plus lentement que les autres					X	
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.					X	
17. Je mange des aliments de régime.				X		
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.		X				
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.					X	
20. Je pense que l'on me force à manger.					X	
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.		X				
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.					X	
23. Je me mets au régime.					X	
24. J'aime avoir l'estomac vide.					X	
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.	X					
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.					X	

Cotation :

Items directs :

Toujours :

1. 14.

$$3*2 = 6$$

Très souvent :

2. 6. 9. 10. 16. 20. 22. 24. 26.

$$2*9 = 18$$

Souvent :

17.

$$1*1 = 1.$$

Quelque fois/ rarement/ jamais :

4. 5. 7. 18. 21.

$$0*5 = 0$$

$$\text{Total : } 6+18+1+0 = \mathbf{25}.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3*1 = 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

/

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 12. 13. 15. 23.

$$0*6 = 0$$

$$\text{Total : } 3+0 = \mathbf{3}$$

Total général :

$$25+3 = 28. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé					X	en bonne santé
2. physiquement attirant				X		non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin				X		masculin
5. pur, propre				X		impur, sale
6. exprimant la crainte		X				exprimant l'audace
7. vide				X		plein
8. quelque chose que l'on touche				X		quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid				X		tendre, chaleureux
10. exprimant la colère					X	exprimant l'apaisement
11. expressif	X					Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein					X	nerveux, inquiet
14. vieux					X	jeune
15. érotique			X			non érotique
16. fragile, faible			X			résistant, fort
17. joyeux			X			triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas				X		quelque chose que l'on regarde
19. énergique	X					non énergique

• Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$5+2+4+4+5+1+5+3+4= 33$.

• Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$1+3+2+2+5+1+3+3+5= 25$.

• L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

2.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$33+25+2 = 60$.

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH.

Nom et prénom : D. S

Date : 26. 04. 2009

Age : 19 ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs
PL. I 1'.39"	Une femme.	voici ces mains.	G	F+	H		
	Deux ailes.	D latéraux	D	F+	Ad		symétrie
	Deux têtes de loups.	D latéraux supérieurs	D	F+	Ad		symétrie
	Un pénis.	D inférieur au milieu	Dd	F+	Sexe		
PL. II 1'.57"	Père Noël, voici la tête avec un chapeau rouge		G	F-	(H)		
	Papillon.	Rouge inférieur	D	F+	A		
	Un avion de guerre.	Dbl milieu.	Dbl	F-	Obj		
PL. III 1'.50"	Deux femmes de race africaine.		G	F+	A		
	Un nœud papillon.	Le rouge au milieu.	D	F+	Vet		
	Deux poissons.	D latéraux.	D	F+	A		
	Scorpion.	Gris inférieur.	Dd	F+	A		
	Du sang qui coule.	Rouge latéral.	D	C →K	Sang		
PL. IV 4'.51"	La tête d'un escargot voici les antennes.	D central inférieur	D	F+	Ad		
	Des fois je pense que se sont des bottes et des fois je pense que c'est la carte d'Italie.	D latéral	D	F+	Vet		Hésitation
	Tête d'éléphant avec sa trompe.	Dd latéraux supérieurs.	D	F+	Ad		
	Ce dégradé de gris et noir au milieu me donne l'impression que c'est un animal extraterrestre ou un animal préhistorique qui a une peau collée à la nuque. Cette planche m'angoisse je ne l'aime pas.		Dbl	FE-	(A)		Commentaire.
PL.V 1'.55"	Une chauve souris. Voici les antennes et ça c'est les pattes	D supérieur.	G	F+	A	Ban	
	Ces deux coins présentent la tête de deux chiens face à face. voici leurs mâchoires.	Dd inférieur.	D	FE+	Ad		Symétrie.

PL.VI 3'.04"	-Un chacal dépouillé -c'est la peau bien étalée -Ça c'est les moustaches -Ce noir supérieur est la gorge		G D Dd Dd	FE+ FE+ F+ F-	A Anat Ad Anat	Ban	
	Cette partie ressemble à un sexe féminin...enfin les grosses lèvres c'est tout	Gris clair inférieur au milieu.	Dd	F+	Sexe		
	Ces deux parties présentent les griffes d'un animal féroce.	Dd claire inférieur.	Dd	F+	Ad		
PL.VII 2'.26"	Deux têtes d'animaux face à face.		D	F+	Ad		Symétrie.
	Cette partie c'est les deux oreilles d'un âne.		Dd	F+	Ad		
	Un livre.	D milieu.	D	F+	Obj		
	Le noir au milieu c'est le sexe d'une femme précisément un vagin		Dd	F-	Anat		
	Ce gris clair est le sexe féminin... enfin la partie apparente du sexe les lèvres quoi.	D central inférieur	Dd	F+	Sexe		
	Cette petite tâche présente le clitoris.		Dd	F-	Anat		
PL.VIII 3'.21"	Cette planche est gaie. Têtes de bulldog.	Le rose et rouge.	D	F+	Ad		
	Deux panthères.	Le rose latéral.	D	F+	A	Ban	
	Tête d'une flèche.	Vert supérieur.	D	F+	Obj		
	Cette partie au milieu m'angoisse. Ce contraste avec le blanc m'angoisse en dirait le vide le néant, un creux sans fond ni fin.		Dbl	F+	Abst		
	C'est une carcasse d'un crustacé.		Dbl	F+	Ad		Dévitalisation
	Ce rouge dans le vert c'est les deux panthères qui saignent. C'est du sang. C'est tout		Dd	C	Sang		

PL. IX 4'.20"	Le rose c'est une tête de fillette avec deux couettes.		D	F+	Hd		
	Ce rose au milieu c'est le sexe d'une femme. Les grosses lèvres les petites lèvres ce creux c'est le col , ce violet c'est du sang sal qui coule ; c'est du sang de règles.		D Dd Dd Dbl Dd	F+ F- F- F- C	Sexe Anat Anat Anat Sang		
	Ce vert c'est des doigts de deux mains tendus vers quelque chose.		Dd	Kp	Hd		Symétrie.
	Ce vert au milieu est un long pénis.		D	F+	Sexe		
	L'orange c'est les cornes de deux cerfs.		D	F+	Ad		
PL.X 3'.08"	Deux œufs au plat.	La partie jaune.	D	F+	Alim		
	Deux crabes.	Le marron.	D	F+	A		
	Deux araignées qui veulent manger quelque chose	Le bleu.	D	Kan	A	Ban	
	Un pénis.	Le noir.	D	F+	Sexe		
	Le vert là c'est l'appareil génital d'une femme. Cette partie c'est les ovaires. Là c'est les trompes. Et ça c'est le vagin.		D Dd Dd Dd	F- F- F- F-	Anat Anat Anat Anat		
	Du sang qui coule. C'est tout.	Le rouge.	D	C →K	Sang		
+ La planche VIII c'est comme ça elle me plaît et c'est tout. - La planche IV parce qu'elle m'angoisse.							

Nom et prénom : D. S.

Date : 26. 04. 2009

Age : 19 ans.

Motif : sujet anorectique.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 54 > Norme [20-30]

G : 05 < Norme [7-10]

G % : 9.25% < Norme [20-30%]

D : 26 > Norme [15-20]

D% : 48.14 % < Norme [68-70%]

Dd : 18 > Norme [6-10%]

Dd % : 33.33% > Norme [6-10%]

Dbl : 05.

Dbl : 9.25% > Norme [1-3%]

Déterminant:

F+ : 32.

F- : 12.

FE+ : 03.

FE- : 01.

Kp : 01.

Kan : 01.

→K : 02.

C : 04.

Contenus :

H: 01.

Hd: 02.

(H): 01.

H % = 7.40 % < Norme [15-20%].

A: 09.

Ad : 12.

(A) : 01.

A % = 40.74 % = Norme [35-50%].

Ban : 04. < Norme [05-07]

F élargi = 90.74 % < Norme [50-70%].

F+ PUR = 72.72 % < Norme [80-85%]. (Pour les ados 70%).

Type d'appréhension :

D → Dd → Dbl → G.

Succession :

Rigide.

Indice d'angoisse :

{(Hd+Anat+Sexe+Sang)}*100 : R

{(3+11+6+4)}*100 : 54

44.44 % > Norme [1-12%].

TRI :

K/ C. (C = 4*1.5 = 6)

2 < 6 extratensif mixte.

Indice d'impulsivité :

C + CF > FC

4 + 0 > 0

Hésitation : 01.

Commentaire : 01.

Symétrie : 05.

Dévitisation : 01.

Anat : 11.

Sexe : 06.

Sang: 04.

Alimentation : 01.

Vêtement : 02.

Objet : 03.

Abstraction : 01.

RC%

(24:57)*100 = 44.44 > Norme 30%

Confirme l'extraversion.

Analyse dynamique :

Production au dessus de la norme, avec une perception dans le détail, cependant la succession est rigide et le type d'appréhension est de $D \rightarrow Dd \rightarrow Dbl \rightarrow G$.

Le nombre de G est insuffisant, celui des réponses D est supérieur à la norme, cela rend compte sur un ancrage dans la réalité avec un faible investissement du fonctionnement intellectuel, confirmé par un nombre inférieur des Banalités. Le mode d'appréhension de ces détails rend compte de la volonté d'un contrôle rigide obsessionnel qui peut être mis en échec par des poussées d'angoisse.

On peut supposer que l'image humaine provoque un malaise, l'association des réponses de mauvaise forme (F-) à des contenus corporels étaye cette supposition

Cependant le nombre et le pourcentage des réponses Dbl trop important comparés à la norme peut être un signe d'agressivité inconsciente.

Le nombre des D, par rapport à la norme, peut signer un désintérêt pour la réalité qui se manifeste par une approche de type abstrait ou délirant à travers :

- Un esprit de minutie ou un caractère obsessionnel, ce qui laisse apparaître que la patiente a une capacité d'analyser les petits détails et fait preuve d'un esprit d'observation (ça peut signifier aussi l'envie de s'évader des planches.).

- Un signe d'angoisse, une pauvreté intellectuelle ou bien d'un infantilisme.

Cette hypothèse est confirmée par la réponse (H) qui semble dénotée des attitudes infantiles, ludiques et une immaturité affective.

Tous ces petits détails renvoient à des parties du corps souvent dans découpes mal perçues. Ils peuvent montrer le glissement vers une problématique de l'intégrité qui devient importante au travers : de la réponse « vide » qui s'inscrit dans un contexte de faille, de manque, qui se situe dans des registres conflictuels différents mais qui soulignent des incomplétudes. Des Dd. Ça laisse présager une **tendance hypocondriaque**, cette hypothèse est témoinnée par la présence des réponses d'une part des réponses Anat, qui selon D. ANZIEU (1967. P. 90)⁵⁹² indique :

⁵⁹² D. ANZIEU, (1961), *Les méthodes projectives*, PUF, 1967. P. 90

- Préoccupation pour la santé physique (angoisse hypocondriaque). Une narcissisation du corps, il s'agit d'un retrait narcissique confirmé par un pourcentage des H inférieur à 15 %, ce qui peut annoncer une identification et une difficulté au niveau de l'identité.
 - Ecran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité.
- Et d'autre part la présence des réponses Symétrie, qui renvoient à :
- Une image désagréée du corps propre (D. ANZIEU. 1967. P. 93)⁵⁹³.
 - Recherche de soi et d'un double narcissique.
 - Ou s'agit-il d'une homosexualité latente.

Et aussi, le nombre des Hd plus important que celui des H (proportion normale des H par rapport aux Hd est de 2 à 1) ; dénote une tendance hypocondriaque, notamment puisque la référence à la même partie du corps revient (parties génitales). Cette même perception de l'humain dans le détail peut être un symbole sexuel agressif traduisant une angoisse de morcellement, il peut y avoir une reviviscence du complexe de castration.

Vu le nombre des réponses Anat important peut exprimer des préoccupations sexuelles d'une manière détournée.

Au vu des réponses Sexe, on peut supposer une inhibition de la vie sexuelle. L'ensemble des réponses : Anat, Sexe, Sang, renseigne sur le schéma corporel désagréé.

Par ailleurs, la quasi absence des réponses H, indique que la patiente fuit la prise de conscience d'elle-même, préfère ne pas connaître son attitude profonde envers autrui, et est effrayée quand ses vrais sentiments envers autrui se font jour ; cette fine et discrète affectivité est en cours d'adaptation vu la présence des réponses FE (D. ANZIEU. 1967. P. 78)⁵⁹⁴

Ceci est confirmé par RORSCHACH (citer par D. ANZIEU. 1967. P. 63)⁵⁹⁵, - et comme il s'agit d'un type de résonance intime : **extratensif mixte** -, les Dbl peuvent signifier une opposition aux autres, le nombre ils renseignent sur une inhibition pathologique de l'affectivité traduisant le manque, la carence dans les relations mère/enfant, ou une insatisfaction.

La présence des réponses Sang tout le temps accompagnée d'un trouble et manque de contrôle émotionnel violent, surtout de l'agressivité, confirmer par l'indice d'impulsivité.

A travers les réponses Vêtements, il peut s'agir :

- d'un besoin de se protéger, de se déguiser, de se cacher. Pour notre cas ça peut indiquer goût de la parure, avec éventuel refus sous-jacent de la féminité – sachant qu'on est en face d'une anorexique -.

⁵⁹³ D. ANZIEU, (1961), *Les méthodes projectives*, PUF, 1967. P 93.

⁵⁹⁴ Idem. P.78

⁵⁹⁵ Idem. P.63

Mécanismes de défense :

Au regard des F % égale à 90.74% il peut s'agir d'une :

- Inhibition affective.
- Tendances dépressives.

Au vu du nombre de F+ et malgré la régression ; les mécanismes de défense sont formels et souples à caractère adaptatif, qui tentent de contrôler une situation affective qui se révèle pénible par rapport aux réponses E, C.

Ce contrôle est constaté à travers les réponses Symétrie qui rendent compte sur la **rationalisation**.

Cependant cette tentative de maîtrise peut être mise en échec par l'émergence d'angoisses tel que montre l'indice d'angoisse trop élevé, ainsi qu'un indice d'impulsivité important conjointement à des réponses Sang, Dd.

Ces angoisses sont centrées surtout autour du corps vu la présence des éléments : Sang, Dd, Vêt, et Hd associés à Anat. Néanmoins la réponse Abstraction signifie un ancrage dans le corps.

Il s'agit d'un ancrage qui s'établit dans le réel du corps, cette tentative de contrôle qu'exerce la patiente sur le monde réel est en fait exercé sur son corps à travers son symptôme à savoir l'anorexie mentale.

Par ailleurs, l'absence des réponses K, témoigne d'une absence « d'exister » et d'une « identité mal différenciée », ce qui nous ramène à un processus d'individuation inopérant, cette hypothèse est renforcée par des réponses (H) dénotant une immaturité affective, attitudes ludiques et infantiles, confirmé par des réponses Dd. La présence des réponses Anat, rend compte sur un investissement massif du corps. C'est une érogénéité et érotisation du corps qui s'opère par étalage corporel, car il s'agit d'une **régression** qui se fixe à sa source –le corps-.

Il s'agit d'une régression à un stade prégénital où le contrôle prend le dessus. Dans ce cas c'est une **fixation orale sadique** vu la présence d'élément nutritif et du contrôle.

En outre, le pourcentage très bas par rapport à la norme des H, renseigne sur un problème dans l'**identification**, on peut supposer que l'image humaine provoque chez le sujet un malaise.

A partir de toutes ces données :

- S'agit-il d'une érotisation et érogénité du corps par étalage ;
- S'agit-il d'un terrain psychotique ;
- S'agit-il d'un problème dans l'identification à l'image humaine sexuée et au corps entier ;
- S'agit-il d'une dimension masochiste ?

A partir de la présence des réponses F- dans les planches :

- **Planche II** : Sexuelle déguisée anatomique.
- **Planche IV** : L'idée de la puissance.
- **Planche V** : sentiment d'intégrité et de conception de soi.
- **Planche VI** : Sexuelle.
- **Planche VII** : Planche maternelle.
- **Planche IX** : L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.
- **Planche X** : Fonction ludique.

On peut dégager la problématique suivante :

Problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmée par les données recueillies et présentées à travers les entretiens et à partir de l'analyse du Psychogramme.

Conclusion :

A la lumière de ces données, le sujet n'est pas altéré dans ses capacités intellectuelles.

Les mécanismes de défense les plus dominants sont : fixation, régression, projection, introjection, rationalisation, refoulement. Il s'agit d'un système défensif formel et souple opérant à caractère adaptatif avec un bon contrôle contre l'émergence des affects.

Cependant il s'agit de manifestations indirectes d'angoisse relatives au corps. On constate un niveau sous jacent d'une fantasmatique plus archaïque où les pulsions de mort et d'agressivité de niveau primaire (vu la destruction) dominant.

On constate une oscillation entre besoin de maîtrise et de retenue et des positions passives régressives, dont la tonalité dépressive mal supportée provoque en retour la recherche de sthénique : le besoin de représentation de soi s'inscrit dans cette polarité.

La reviviscence du conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence, dont les transformations pubertaires amplifient les angoisses qui s'articulent autour des préoccupations corporelles.

De l'analyse dynamique et symbolique du test il ressort un processus d'individuation inopérant, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité, et engendre des tendances masochistes qui s'avèrent manifeste avec insistance.

En somme, à travers cette érotisation et érogénéité du corps par le biais d'un investissement de la zone orale, et la dimension de contrôle qui relève de la phase sadique anale. Le retour au corps pour exercer cette maîtrise reste le seul moyen de décharge. Il s'agit d'une expression sexuelle prégénitale sadomasochiste à travers le symptôme de l'anorexie mentale.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

PRESENTATION DU SIXIEME CAS K. R:

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 15 ans.

Profession : élève.

Rang dans la fratrie : 1/3 (2filles, 1 garçon).

Poids : 29.5 Kg. Date de dernière prise de poids : la matinée de
l'entretien du 22.03.2009.

Taille : 1.59 m.

Niveau socio-économique : Aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

R, est hospitalisé en pédopsychiatrie pour anorexie mentale, depuis le 15. 03. 2009. Agée de 15 ans, pubère depuis trois ans, son cycle menstruel s'est arrêté depuis 06 mois, orientée vers les services de la pédopsychiatrie par son gynécologue.

Sa mère décrit des modifications sensibles dans son comportement à cette période. Elle qui ne pratiquait que peu de sport, devient accroc, elle s'est inscrite dans un club de Basket Ball, qu'elle fréquente plusieurs heures quotidiennement.

De taille moyenne, elle est vêtue d'un jogging informe qui ne la met pas en valeur. Son visage anguleux ne porte aucun maquillage et ses traits sont tirés. Elle paraît fatiguée ou préoccupée.

R, a les yeux fixés au sol, ne les lève presque jamais, position courbée quand elle est allongée. Mais bien droite sur sa chaise, qu'elle recule systématiquement du bureau avant de s'y asseoir à chaque séance, suce son pouce de temps à autre discrètement, pour ne pas attirer l'attention.

Observations lors des entretiens :

A travers les différents entretiens avec la jeune fille, au nombre de trois (02) d'une heure et demi à une deux heures chacun (1h.30 – 2h.00), et un entretien avec la mère de deux heures à deux heures et demi (2h.00 – 2h.30), on constate un état d'angoisse sérieux, des préoccupations corporelles importantes, la jeune fille évite avec beaucoup de force de parler de son symptôme, ce qui laisse présager une inhibition voire même une alexithymie, et une rivalité avec la mère :

De ces entretiens se dégagent les symptômes suivants :

- une maigreur prononcée ;
- Anorexie sélective (salade verte, tomates fraîche et croissants) ;
- Sa principale préoccupation est corporelle, avec une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, un jugement sur soi-même indûment influencé par une perception déformée de la forme et le poids de son corps ;
- Un repli sur soi important;
- Attitude de refus et de manipulation ;
- Situation conflictuelle avec la mère ;
- Une mère autoritaire ;
- Déni du symptôme, et des vomissements ;
- Assister à une scène d'agression sexuelle à l'âge de 11 ans aussi ;
- Puberté à 11 ans ;
- Placement au jardin d'enfants à deux ans et demi;
- Attachement à la grand-mère.
- Moqueries des camarades.

Evénements importants :

- Sevrage au bout du 40 eme jour après la naissance ;
- Carence en maternage, que la mère elle même en été victime ;

- Hospitalisation pour anorexie mentale à 15 ans ;
- Abandon de l'école à l'âge de 12 ans ;
- Déménagement vers l'âge de 04 ans, ce qui a fait apparaître les symptômes suivants :
 - cauchemars ;
 - insomnies ;
 - absence d'appétits ;
- Décès de la grand-mère vers 10 ans.
- Rivalité avec la mère.
- Dispute entre le couple parental.
- Succion du pouce.

Durant nos entretiens, elle parle peu, choisissant ses mots avec soin. Tout dans son comportement et son discours est pesé, contrôlé.

Bien droite sur sa chaise, qu'elle recule systématiquement du bureau avant de s'y asseoir à chaque séance, comme pour marquer une frontière.

Les bras et les jambes croisés, elle attend, après chaque phrase qu'elle énonce, que je la relance et l'invite à continuer. Visiblement sur la défensive, elle me scrute, m'évalue, jauge selon ses critères si elle va pouvoir poursuivre.

Durant ces entretiens elle nous laisse percevoir son refus, sa réserve et sa méfiance à l'égard de cette démarche qu'elle fait pour la première fois, visiblement elle manque d'assurance et a tout le temps besoin d'être rassurée afin de pouvoir initier une interaction positive, d'une authentique alliance de travail. La peur de notre regard et jugement par rapport à ses relations, semble bien revêtir un aspect transférentiel.

Au bout de quelque temps, elle finira par se détendre un peu, non sans nous demander tout de même si on va se montrer discret par rapport au contenu des entretiens. On lui expliquera encore une fois, que tout ce qui pourra se dire dans le bureau où nous nous trouvons restera confidentiel, que rien ne sera dévoilé à personne. Quelque peu rassurée, elle pourra alors s'autoriser à nous parler d'elle.

1. Comportements enfantins :

L'adolescente anorexique manifeste un certain refus de grandir, que ce soit sur un niveau psychologique, comportemental, ou sexuel, on observe que notre cas fait preuve d'assez peu de maturité psychologique, présentée par un comportement qui ne fait pas preuve de maturité également, l'exemple le plus courant qui a été relevé et que R agit comme un enfant, en suçant son pouce comme expression corporelle.

Cette succion lui offre, la possibilité d'un travail d'élaboration sur un mode fantasmatique de la situation primitive, vraie ou imaginaire, en la rattachant à la situation actuelle, traitée systématiquement comme une situation transférentielle.

A travers cet agi et régression, elle exprime une nostalgie de la relation maternelle archaïque et fusionnelle, cependant elle cherche l'image de la mère sécurisante. En mettant l'accent sur la notion de **bonheur perdu**, ce qui est recherché avant tout, c'est une **sensation première** génératrice d'une **nostalgie** qui pousse à trouver dans la réalité un objet susceptible d'apporter la satisfaction d'une tension de désir.

D'après les dires de sa mère : *« des fois quand elle veut rester avec les invités qu'on reçoit, elle ne le fait pas directement, elle ne s'assoit pas en s'imposant, elle reste debout dans*

un coin en me regardant, même si je lui fais des signes avec les yeux, elle ne réagit pas sauf si je lui dis directement assois toi.

Ou sinon elle devient très pâle quand elle ne connaît ou ne désire pas voir la personne, toute ces réactions m'embêtent, c'est vraie que je l'ai éduqué à ne pas rester avec les invités, parce qu'elle était jeune, elle met juste le plateau et ressort aussitôt, mais là elle grandit je ne vois plus d'inconvénients.

Je la vois indécise et moi je la veux forte, pouvant s'affirmé quelque soit la situation, malheureusement je n'ai pas de chance, elle est le contraire de ce que j'ai toujours désiré avoir, elle ne ressemble pas à sa sœur, elle s'affirme mieux qu'elle pourtant elle est plus jeune.

Vous savez qu'elle suce son pouce jusqu'à présent ? Elle le fait en cachète d'accord mais c'est normal que je m'emporte contre elle aussi. »

D'après FREUD (1905, p. 135.)⁵⁹⁶, il s'agit de l'angoisse la plus primitive:

« L'angoisse chez les enfants n'est à l'origine pas autre chose qu'un sentiment d'absence de la personne aimée. C'est pourquoi ils s'approchent de tout étranger avec peur... »

Il est remarquable que FREUD évoque ici cette angoisse que René SPITZ appellera plus tard **l'angoisse devant l'étranger** ou angoisse du huitième mois, qui correspond justement au moment où l'enfant, devenu capable de réaliser que sa mère correspond à « une représentation globale » perçue comme ne faisant pas partie de lui, s'accroche anxieusement à cette mère devenue tout-à-coup quelqu'un qu'il pourrait perdre, cependant que dans le même temps, il projette massivement cette menace de la perte dans l'étranger, c'est-à-dire dans tout ce qui n'est pas la mère.

On est en face du **retour de l'angoisse de séparation et de la perte de l'objet d'amour.**

2. Difficultés à exprimer les émotions et dimension alexithymique :

Notre cas est très réservé quant à ses états affectifs. Elle n'aime pas monter des signes de faiblesse. D'ailleurs, elle reste peu bavarde, or son regard dégage beaucoup de tristesse, son corps exprime un repli, les bras et les jambes croisés, essayant de marquer une frontière avec sa position bien droite sur une chaise, qu'elle recule systématiquement du bureau avant de s'y asseoir.

⁵⁹⁶ FREUD. S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard Idées, 1966, p. 135.

« (...) c'est une sensation c'est tout que je ne peux pas expliquer », « Il n'y- a rien à dire, (...) Je n'étais pas aussi ouverte qu'eux, je ne parlais pas beaucoup, je restais souvent seule, je n'aimais pas trop parler surtout aux garçons. Ils me surnommaient « la complexée ». »

Ce vécu provoque chez la jeune fille un sentiment d'abandon et de rejet. Avec un refus d'introjecter et valider ce défaut de maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour. Les vomissements répétés des biberons, hors pathologie somatique avérée, peuvent s'interpréter comme une résistance, un refus, une défense même contre le retrait libidinal maternel. Elle s'est sentie rejetée, non désirée pour elle-même, et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.

Sa frustration et son impuissance face aux événements ont induit l'inhibition de l'expression de ses émotions. Elle se sentait injustement traitée et rejetée et n'arrivait pas à extérioriser suffisamment sa tristesse face au rejet maternel, ni son agressivité inconsciente envers elle.

Lorsque la patiente est émue, elle n'arrive pas à trouver les mots pour dire ni nommer ses éprouvés psychiques. Elle ne les a pas appris.

Cet évitement de la pensée et des éprouvés psychiques a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril l'organisation d'être au monde que très tôt.

Il s'agit d'une position régressive archaïque dont la genèse se trouve liée aux premiers liens noués dans son enfance qui se sont nourris de carence et d'absence, et qui ont fourni le terreau au développement de sa personnalité.

Ce contrôle affectif s'étale jusqu'à son alimentation et se limite à prendre que de la salade verte, de la tomate fraîche ou encore des croissants. Ce régime hypocalorique s'accompagne d'une potomanie : «*De la salade verte, de la tomate fraîche, et des croissants, c'est tout* ». « (...) , mais quand j'ai encore faim, je prends de l'eau tiède, ça me coupe l'appétit... »

Et lorsque c'est trop émotif, elle fait des crises de vomissements. « *Quand je lui dis je veux qu'elle s'arrête de se faire vomir, qu'elle doit manger correctement, comme tout le monde quoi, c'est là qu'elle fait plus, ces crises s'accroissent.* »

Par ailleurs R, n'aime pas qu'on lui dise quoi faire et comment. Elle voudrait être libre de faire ce qu'elle veut, -c'est une source de conflit avec sa mère-.

3. Un moyen pour attirer l'attention et quête de l'amour à travers le symptôme :

La jeune fille essaie de se trouver une place à travers son symptôme. En effet, elle recherche par sa provocation à attirer l'attention sur elle, et s'assurer de l'amour de sa mère ; à

travers l'intérêt qu'elle accorde à son problème montre tout l'attachement qu'elle éprouve à son égard :

« Ma mère me néglige, mon père n'a de mot à placé avec ma mère, il n'est jamais présent de toute façon, mes frère, et sœur sont bien entourés ma mère les adore, et pas moi, elle me le dit, « avec ta naissance mes problèmes ont commencé » elle ne m'aime pas, je suis de plus dans la maison, « être ou ne pas être telle est l'amère réalité »... »

« (...) Ma mère est difficile, elle n'a pas de temps pour m'écouter, elle n'a du temps que pour donner des ordres, je sens que je n'ai pas de place chez nous, mon père est toujours pris dans son chantier et son entreprise, je ne le vois presque pas. Ma mère est prise avec ses visites de courtoisie et le paraître, et ma sœur avec ses études, personnes n'a de temps à me consacrer, je suis inutile, ma mère me dit que ses problèmes ont commencé avec ma naissance, -les disputes avec mon père-... il sort très tôt le matin, et revient très tard le soir, et quand il est à la maison ; c'est les disputes ; ma mère lui reproche ça justement, quand à lui ; c'est sa méchanceté gratuite ; il lui dit « tu as une langue de vipère » et c'est vraie tu sais. »

HALMI l'explique d'ailleurs bien : (1996 p. 23-29.)⁵⁹⁷. *« Ce refus de manger peut également être un moyen pour obtenir de l'attention et provoquer de l'inquiétude dans son environnement familial et social »*

La mère de notre cas étant elle même narcissique, voit que sa fille ne répond pas à ses attentes narcissiques ; il s'agit d'un décalage entre l'enfant imaginaire attendu et l'enfant arrivé « R » elle montre une déception à son égard, la jeune fille réagit à ce sentiment transmis par l'apparition de son symptôme, d'après les dires de sa mère : *« Je la vois indécise et moi je la veux forte, pouvant s'affirmé quelque soit la situation, malheureusement je n'ai pas de chance, elle est le contraire de ce que j'ai toujours désiré avoir, elle ne ressemble pas à sa sœur, elle s'affirme mieux qu'elle pourtant elle est plus jeune. »*

Cependant les parents de notre cas ne s'entendent pas bien, sachant que cette relation s'est détériorée surtout après la naissance de R, ce qui engendre un sentiment de culpabilité chez notre adolescente en la plaçant en situation d'enfant symptôme d'un malaise familial, et la met inconsciemment par le biais de son anorexie à rétablir les liens parentaux : *« Mes parents ne sortent jamais ensemble, sais tu que c'est la première fois qu'ils le fassent, quand ils sont venus me rendre visite, j'ai eu l'impression, que ça va être la dernière fois qu'ils me voient, que c'est un Adieu, qu'ils m'accompagnent vers la mort, c'est pour ça qu'ils m'ont placé ici... C'est un mouroir, un cimetière, ils veulent me laisser seule ... C'st vraie que de cette manière*

⁵⁹⁷ HALMI, K. 1996. *The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa. Psychiatry Research*, 62, p. 23-29.

je pourrais retrouver ma grand-mère, le seul être qui a pris soins de moi, qui faisait attention à moi, elle m'achetait un croissant chaque matin. »

Ainsi, dans le même enchaînement d'idées KAPLAN et SADOCK (1994)⁵⁹⁸ mentionnent qu' « *en attirant l'attention sur elles, les jeunes filles anorexiques permettent peut-être à leurs parents de porter moins d'attention à leur relation de couple parfois tendue.* ».

4. Aspect féminité :

Notre sujet, se cache derrière un jogging assez masculin, ne se maquille pas, ne se met pas en valeur ; se cache le corps, R, ne revêt pas une apparence considérée généralement comme « féminine », et n'a pas envie de l'être ou de le devenir, son aménorrhée nous renseigne sur un refus de féminité. Malgré son effrayante maigreur, elle se voit très grosse,

Elle ne se voit pas féminine, et ne veut pas l'être :

Son idéal serait un corps sans substance, sans épaisseur, sans graisse, et sans rondeurs. Les signes secondaires de la puberté (règles) deviennent autant d'objets de dégoût.

5. Les liens sociaux :

A. Relations avec le père :

« Je n'aimais pas trop parler surtout aux garçons. Ils me surnommaient « la complexée ». »

« Car je n'aime pas les garçons, ils m'écœurent, »

« Avec mon père-... il sort très tôt le matin, et revient très tard le soir, et quand il est à la maison ; c'est les disputes ; ma mère lui reproche ça justement, quand à lui ; c'est sa méchanceté gratuite ; il lui dit « tu as une langue de vipère » et c'est vraie tu sais. »

R, a assisté lorsqu'elle était petite à de nombreuses scènes de disputes entre ses parents, ainsi qu'à une scène de violence du couple. Sa mère nous précise : « *Un jour de aïd, son père m'a frappé, c'était la seule fois qu'il devienne un homme, il m'a frappé à tort, mais c'était l'unique fois, il ne l'a jamais refait, j'ai saigné, (...)* ». On pourrait alors penser que R envisage sa mère comme un être châtré et son père comme le père castrateur depuis qu'elle perçoit la scène primitive comme scène de castration de la mère par le père. Elle y verrait quelque chose que la partie la plus forte fait subir avec violence à la plus faible. Ainsi en assistant à ces scènes, l'adolescente fait une projection de ce même sentiment sur tous les autres hommes.

⁵⁹⁸ KAPLAN, H.I, ET B.J. SADOCK. 1994. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 pages.

Selon D.W. WINNICOTT (1957, p.13)⁵⁹⁹, l'enfant qui se développe bien a besoin d'avoir des parents sur lesquels s'identifier : « *Le facteur qui opère, ce sont les parents, leur comportement et les rapports entre eux, tels qu'ils sont ressentis par l'enfant. C'est cela que l'enfant incorpore, imite – ou c'est contre cela que l'enfant réagit* ».

Cependant, le père reste le fruit interdit, qu'elle essaie d'avoir en lui ressemblant et en s'identifiant à lui, dans un processus de séduction, elle imite son agressivité par rapport à sa mère, et développe un sentiment de rivalité qui explique l'hostilité envers la mère, et la fait revivre l'œdipe, ce qui signifie que la jeune fille vit une relation incestueuse imaginaire avec son père.

Comme l'a dit M. KLEIN (1932, p.146)⁶⁰⁰, « *Ce dernier se sent coupable des sévices que les parents, dans son imagination, exercent l'un sur l'autre* ». Au moment des scènes violentes, sa mère nous dit au sujet de l'attitude de sa fille: « (...) *et elle pleurait tellement que je pensais qu'elle allait s'étouffé, elle devenait bleue, elle avait à peine 3 ans et demi, vous pensez que c'est ça ? En tout cas c'est la seule chose de remarquable qui s'est déroulée, la seule fois qu'il me bat, mais elle était très jeune, enfin je trouve.* ».

B. Relation avec la mère :

On remarque que tout au long de l'entretien avec la mère, qu'elle ne cessait de ramener le contenu de l'entretien à sa personne et à ses attentes. En même temps elle donne l'impression qu'elle parle de son propre corps.

Selon la mère, R ne semble pas satisfaire les attentes et exigences de sa mère, qui le ressent comme une atteinte narcissique, « *Malheureusement je n'ai pas de chance, elle est le contraire de ce que j'ai toujours désiré avoir, elle ne ressemble pas à sa sœur, elle s'affirme mieux qu'elle pourtant elle est plus jeune.* », ce qui crée un profond sentiment de dévalorisation chez l'adolescente ; qui riposte avec une opposition et agressivité inconsciente « *quand ma mère me dit qu'il faut manger, je fais semblant de ne rien entendre. Pour qu'elle ne me casse pas la tête, je fais la sourde oreille, l'indifférente, sinon pour avoir la paix et éviter ces cris, je lui dis que attends ou je mangerai un peu plus tard.* »

« (...) *Mais c'est normal que je m'emporte contre elle aussi.* », « (...) *J'ai l'impression qu'elle le fait exprès pour me contrarier.* », « (...) *Oui, c'est clair, quand je lui dis je veux qu'elle s'arrête de se faire vomir, qu'elle doit manger correctement, comme tout le monde quoi, c'est là qu'elle fait plus, ces crises s'accroissent. C'est comme si elle voulait me dire ne te mêle*

⁵⁹⁹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001. P. 13.

⁶⁰⁰ KLEIN, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.P. 146.

pas, j'ai l'impression qu'elle veut échapper à mon contrôle, qu'elle le fait exprès je m'acharne contre elle, je lui dis beaucoup de choses désagréables, (...)», « *elle n'écoute personne, j'ai l'impression qu'elle le fait exprès pour me contrarier. »*

« Je ne sais pas le faire, je suis très traditionnelle dans ma tête, je suis la mère, elle est la fille, elle doit s'aligner, faire ce que je lui dicte de faire, j'ai beaucoup plus d'expériences qu'elle, qu'est ce qu'elle connaît de la vie (...) »,

S'agit-il d'une mère narcissique, qui tire profit du symptôme de sa fille pour nourrir son narcissisme.

On repère qu'entre la mère et sa fille la pulsion d'agression vise la domination de l'autre. Cependant, l'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image **introjectée**, le conflit mère/ adolescente a été **déplacer** sur le corps de la jeune fille.

L'incrustation de la mère en elle et le sentiment de n'être qu'un appendice, un instrument ou réduite à une « chose » privée de toute autonomie, entièrement soumise aux imprécations maternelles, la condamne à une auto- agression qui s'adresse en fait à un objet d'amour perdu auquel elle s'identifie. Les reproches, qu'elle s'adresse et qu'elle adresse à son corps (ou à une partie de son corps), sont en effet destinés à cette dernière.

« Mon corps est une propriété privée, il m'appartient, personne ne doit le contrôler en dehors de moi-même, ni ma mère ni quelqu'un d'autre », « Tu vois ma mère à titre d'exemple, elle m'étouffe, pas pour une raison autre que de s'ingérer en tout, elle essaie par tout les moyens d'avoir une emprise sur moi. Hélas pour elle, ce n'est qu'une illusion elle ne prendra jamais possession de mon corps, je ne grossirai jamais ».

Une chose vécue par l'adolescente comme effraction à la fois de son corps et de sa psyché génère la constitution d'un « *faux-self* »⁶⁰¹ protégeant le « *vrai-self* » endormi à l'intérieur, à l'abri de la douleur. Cette « *néo-création inconsciente* »⁶⁰² lui permet en clivant son Moi de protéger son identité en construction, dans un mouvement d'opposition à la mère.

« Je veux être bien faite, très mince, là je me sens un peu ronde, je veux maigrir encore plus... Les gens s'apprécient les uns les autres, à travers une apparence, qui ne reflète pas la réalité de leur âme. Moi je voudrai être reconnue pour mes qualités humaines ; je sais par exemple que je ne suis pas belle mais je suis très bonne, je n'aime pas faire du mal aux autres ; je n'aime pas les obliger à faire quoi que ce soit...»

⁶⁰¹ WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001. P. 13.

⁶⁰² STOLLER, X.S.M. (1991), *Nouvelle revue de psychanalyse*, N°43, Gallimard.- BALIER, C. (1994), *L'inceste : un meurtre d'identité*. In : *Psychiatrie de l'Enfant*.

La relation qu'a R avec sa mère est assez superficielle, la mère se montrant autoritaire, la communication ne trouve pas de place dans leur relation. Il n'y avait pas place à la négociation avec elle et ça frustrait notre cas au plus haut point. Avec cette tentative de contrôle elle ressemble exactement à sa mère. Il s'agit là d'une **identification à l'agresseur**.

Par ailleurs, on suppose que la mère, elle-même, étant enfant avait souffert d'une carence en maternage, ainsi, elle reproduit le même type de relation qu'elle a eu avec sa mère avec sa fille. Ce qui fait subir un état de discordance sensori-motrice à l'adolescente, les distances et frustrations maternelles ne peuvent l'aider à faire l'expérience d'une adéquation « *Suffisamment bonne* »⁶⁰³ entre ses besoins et les réponses de son environnement, ni apprendre progressivement à emmagasiner ainsi les éléments fondamentaux de sa sécurité interne :

« Je lui transmets la même éducation que j'ai reçue, qu'est ce qu'il me manque ? Absolument rien j'ai grandi, ma mère se comportait avec moi de la même sorte que moi avec elle, alors dans les anciens temps la mère n'avait pas le droit de toucher l'enfant ou de lui donner une tétée et aller préparer à manger, que c'est il passé, absolument rien je suis une femme et j'ai un foyer, même sa sœur est plus ouverte qu'elle. Elle est optue, ne fait qu'à sa tête, surtout avec l'histoire de ses régimes répétés, elle n'écoute personne, j'ai l'impression qu'elle le fait exprès pour me contrarier. »

« Je ne sais pas le faire, je suis très traditionnelle dans ma tête, je suis la mère, elle est la fille, elle doit s'aligner, faire ce que je lui dicte de faire, j'ai beaucoup plus d'expériences qu'elle, qu'est ce qu'elle connaît de la vie, même l'école, elle a décidé de la quitter, pourquoi ; parce que c'est camarades se moquaient d'elle, je lui ai proposé de changer de classe ou d'école, rien à faire, elle s'est entêtée, comment voulez vous qu'il y ait une communication entre nous. »

« Ma mère et ma sœur se ressemblent, elles sont toutes les deux grosses, et moi je n'aime pas, quand je les vois j'ai envie de vomir, j'ai peur de leur ressembler un jour, je me tuerai sinon. Moi je veux être parfaite, je sais que je suis plus mince qu'elles mais ce n'est pas suffisant. »

D'autre part l'adolescente préfère rester dans la salle d'eau dans le noir, ça peut renvoyer à une régression vers une vie utérine plus sécurisante. Le symbolisme est clair: la salle d'eau prend la place du corps maternel. La quête est toujours celle de l'état primitif.

Il s'agit d'un **repli quasi foetal**. Elle est dépourvue de souvenirs, de culpabilité. En même temps, elle voudrait que sa mère puisse connaître l'amour. Notre sujet comme tout les anorexiques, nous l'avons déjà dit, ne se résigne pas, elle résiste, certes de façon passive, en

⁶⁰³ WINNICOTT, D.W. (1992), *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot. P.36

s'isolant, mais elle résiste au monde du « dehors ». Tout son comportement est une protestation contre les maux/mots de la mère désarmée, de la société.

Aussi, la mère avait subi des pressions avant sa grossesse, elle a vécu la blessure narcissique et l'angoisse d'une naissance difficile ou pathologique, d'un côté, et d'un autre côté, elle éprouve une déception voir même un rejet par rapport à sa fille : « (...) *J'ai du souffrir pour l'avoir, avec sa naissance mes problèmes ont commencé, déjà mon mari m'avait demandé d'arrêter de travailler, alors que j'étais secrétaire... car son père trouvait que je devais prendre soin de la petite, j'ai du céder ; c'était l'erreur de ma vie, ensuite elle qui s'attachait à sa grand-mère* »

C. Relation avec la fratrie :

La jeune fille se montre peu communicative au sein de sa famille ou ailleurs, ses relations ne sont bonnes qu'avec son jeune frère, elle n'a pas une personne à qui elle peut se confier en toute liberté.

D. Relations sociales :

R, est une personne réservée à ce niveau, voir même inhibée. Elle ne développe aucune relation. À l'extérieur de sa famille et en dehors de sa tante, elle ne fréquente personne. Ses amis-ies d'école la traitaient de « complexée » car elle ne leur parlait pas beaucoup, cependant, elle parle vaguement d'une de ses camarades. « *Un ami ? Jamais de la vie, j'ai trop peur, de ma mère d'une part, et d'autre part je ne leur fait pas confiance, ils ne m'intéressent pas du tout, une cousine à moi, me dit tout le temps « on dirait que tu n'es pas une fille comme nous, rien ne t'intéresse, même pas toi-même* ». *Même des amies filles j'en ai pas, elles se moquent de moi, elles me disent que je suis complexée, je suis bien quand je suis seule, ça ne sert à rien d'avoir des amies si elles se moquent de toi.* »

Par ailleurs, l'adolescente, ne peut faire de distinction entre ses limites existentielles et celles des autres, du moment, qu'elle fait une introjection d'une scène de baisers que cette même camarade subit, pour ensuite projeter la scène primitive sur cette scène vécu, et qu'elle interprète comme acte sexuel génital et un viol.

À l'adolescence, la jeune fille se retrouve démunie devant cette période de questionnement identificateur et les transformations pubertaires de son corps qu'elle refuse. Dans ce contexte où les identités sont mal définies, elle se sent alors incapable de faire face aux nouvelles exigences d'adaptation. Les frontières Moi/ non Moi restent fragiles et floues, ce qui

engendre une confusion des identités, une ambivalence interpersonnelle ainsi que des difficultés relationnelles.

Ce qui nous laisse émettre les hypothèses suivantes :

1. à travers cette scène elle revoit la scène primitive ;
2. l'acte sexuel génital se limite à la réalisation d'une pulsion orale sadique, vu qu'elle vit cette scène comme agression, intrusion à son propre corps.

« Sais tu que j'ai faillit être violée un jour ? », « Enfin, pas moi, c'était ma copine, un jour je devais accompagner une copine chez elle, dans la cage d'escaliers, un de ses voisins s'est jeté sur elle, il voulait l'embrassé, j'ai commencé à crier je ne pouvais plus m'arrêter, ça la fait fuir, depuis je ne vais plus chez elle, ni regardé un garçon de près, c'est effrayant, je me rappelle très bien de cette scène j'avais 11 ans, je me souviens bien car peu de temps après j'ai eu mes règles, ça m'a beaucoup marqué. Je n'oublierais jamais cet évènement, j'ai eu la peur de ma vie, depuis d'ailleurs je me suis enfoncée dans un silence remarquable, d'après les dires de ma mama ; mais elle n'a jamais su cette histoire. »

D.1. Relation avec la grand-mère :

Très attachée à sa grand-mère, qu'elle considère comme substitut maternel, l'adolescente dépendante d'elle, lutte contre la frustration causée par une séparation imposée de la part de sa mère ; avec des manifestations psychosomatique à savoir l'anorexie, l'insomnie, cauchemars, et aménorrhée.

Attachée et fragilisée par l'angoisse de la séparation et de la perte, elle éprouve toujours le besoin de s'appuyer sur l'autre, faute de trouver en elle-même les forces nécessaires pour affirmer son Moi. En l'absence de substitut maternel et carence de l'image maternelle le désarroi s'installe, elle tente de transférer cette dépendance sur la nourriture, et en même temps de se prouver qu'elle a le plein contrôle de son corps, qui est un signe de manque de confiance en soi :

« Je passais tout mon temps avec ma grand-mère, qui s'occupait de moi, j'avais 4 ans quand on avait déménagé de chez mes grands parents... j'ai très mal pris la chose, ma mère me disait que je ne dormais plus, je ne mangeais plus rien, je faisais des cauchemars et elle refusait quand même de me laisser aller chez eux sauf en sa compagnie (...) Ma grand-mère est décédée quand j'avais 10 ans, et depuis je me sens seule, rejetée, abandonnée, livrée à moi-même, ma mère est difficile, elle n'a pas de temps pour m'écouter, elle n'a du temps que pour donner des ordres, je sens que je n'ai pas de place chez nous. »

Le deuil de sa grand- mère lui est insupportable, la privant d'une de relation d'objet essentiellement anaclitique, secondaire à la carence maternelle. Cette **relation anaclitique par étayage et l'angoisse de perte d'Objet** (peur de perdre le soutien apporté par l'objet) est spécifique des sujets au fonctionnement limite.

La grand-mère incarnait « *un bon objet interne* » (M. KLEIN, 1968)⁶⁰⁴ faisant office de point d'appui psychique. En disparaissant, elle renvoi notre cas à une absence intolérable.

L'idéalisation qu'elle porte à sa grand-mère l'empêche d'élaborer un travail même de deuil et de renoncer à la perte de l'objet qu'elle incarne.

Investir un autre objet serait prendre le risque de perdre cet objet qui n'est pas reconnu comme ne faisant pas partie de soi. Pour que le travail de deuil s'accomplisse, elle doit renoncer à une partie d'elle-même.

Dès lors, à chaque tentative de perte de poids, la violence des affects et des représentations qui réapparaissent la submerge et la renvoie à ce vide existentiel intolérable et menaçant pour son identité. L'absent, absorbé, est maintenu en vie et il est extériorisé dans le comportement alimentaire.

D.2. Objet addictif :

Le croissant, en tant qu'objet addictif, est venu remplacer la fonction maternelle défaillante en même temps qu'il représente sa grand-mère en tant que substitut maternel.

Ainsi, cet objet addictif comme tentative de solution somatique échoue à faire face à la douleur, qui est d'ordre psychique, et ne fournit qu'un soulagement provisoire. Car il n'est que « transitoire » plutôt que transitionnel, car toujours venant du dehors⁶⁰⁵.

R, ne peut être satisfaite, vu qu'elle ne peut se l'approprier véritablement et doit sans cesse le recréer dans une course folle.

« *La solution addictive* » est donc de nature somato-psychique, puisque R, essaie de réparer une carence psychologique avec quelque chose du corporel. Elle témoigne d'un désespoir qui ne peut pas se dire, la résultante d'une perte insurmontable.

6. Sexualité :

R, est loin d'être à l'aise avec son corps, elle a beaucoup de difficultés à regarder son corps, cependant dans une tentative de se revaloriser par rapport à un contenant déprécié elle essaie de mettre en évidence un contenu invisible mais meilleur : « *Je sais par exemple que je*

⁶⁰⁴KLEIN, M. 1968, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard.

⁶⁰⁵MC DOUGALL, J. 2001, *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, PUF.

ne suis pas belle mais je suis très bonne, je n'aime pas faire du mal aux autres ; je n'aime pas les obliger à faire quoi que ce soit... »

Il a été déjà mentionné précédemment que l'insatisfaction corporelle et la distorsion de l'image corporelle⁶⁰⁶ sont caractéristiques de l'anorexie sans oublier et/ou une obsession de la honte du corps⁶⁰⁷ (partie théorique) : *« Sais tu que j'évite de me regarder dans une glace, mon reflet me choque, m'effraie, m'attriste, je me trouve laide, je ne m'aime pas »*

En outre, cette insatisfaction corporelle, qui nous renvoie à un vécu inconscient de la sexualité : *« Et dire que c'est ma façon d'être et ma façon de prendre soin de moi-même. Chacun son dada. Moi je ne me trouve belle que quand je maigris davantage, je me sens dans mon élément, quand je cache mon corps, quand je ne mange pas, je n'ai jamais faim d'ailleurs, je suis tout le temps en régime et ça me réjouit, bien au contraire c'est en gardant au fond de moi ce que j'ai avalé que je me sens mal, lourde pleine, je sens mon ventre enflé c'est comme si j'étais enceinte ...»*

« Je commençais à avoir des nausées juste à la vue du mangé » ces propos rappellent un état de grossesse, serait il un désir inconscient, vu l'aménorrhée qui peut être assimilable à l'absence des règles dû à une grossesse.

L'adolescente ne chercherait elle pas à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

« Mais je me sens bien, je sais qu'ils veulent que mon cycle reprenne, mais moi je ne veux pas. Maintenant je ne suis pas obligée de sentir mauvais, de me cacher, je me sens plus légère, plus propre, plus saine, vider de toutes contraintes, et puis surtout j'ai l'impression que je suis plus jeune »

Serait il aussi un désir inconscient de transgresser l'interdit, par une attitude d'opposition à la mère et aux interdits surmoïques *« depuis que j'ai eu mes règles ma mère ne cesse de me surveiller, elle me dit qu'il ne faut pas avoir des relations avec des garçons, que je risquais de prendre grossesse, (...) »*

Par rapport au viol, elle dit : *« Enfin, pas moi, c'était ma copine, un jour je devais accompagner une copine chez elle, dans la cage d'escaliers, un de ses voisins s'est jeté sur elle, il voulait l'embrasser, j'ai commencé à crier je ne pouvais plus m'arrêter, ça la fait fuir, depuis je ne vais plus chez elle, ni regardé un garçon de près, c'est effrayant, je me rappelle très bien de cette scène j'avais 11 ans, je me souviens bien car peu de temps après j'ai eu mes règles, ça m'a beaucoup marqué. Je n'oublierais jamais cet évènement, j'ai eu la peur de ma vie, depuis*

⁶⁰⁶ DSM IV.

⁶⁰⁷ JEAMMET, P. in *Maigreurs Et Amaigrissement*, La Revue du Praticien, Tome 32,3. 225-310, p 258.

d'ailleurs je me suis enfoncée dans un silence remarquable, d'après les dires de ma mama ; mais elle n'a jamais su cette histoire. »

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion, de la chair. Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.

Chez l'anorexique persiste d'une manière presque indénouable, l'angoisse du plein, l'angoisse mortelle d'être remplie, tant du point de vue oral que génitale. Le vide est intensément recherché pour l'exaltation qu'il procure car il libère l'esprit de son aliénation corporelle.

A travers son désir de mort, n'y aurait-il pas lieu de penser que sous-jacente à cette angoisse du plein, réside la peur fondamentale d'être, de vivre, de sentir ? À cet égard, être plein c'est être vivant, être vide c'est être mort, la mort d'un cadavre décharné dont le squelette rappelle crument le désespoir et tout le processus de mort psychique qui depuis longtemps s'était amorcé chez l'anorexique.

A travers toutes ces données, le sujet fait une projection de la scène primitive sur la tentative de viol, dont son amie était victime.

7. Relation avec le corps :

R, se sens mal à l'aise dans son corps, elle le déteste même, pou elle il s'agira plutôt, d'une enveloppe qui dérange. Elle avait tantôt une position penchée, les bras croisés, tantôt droite sur sa chaise.

L'anorexique a une image de son corps complètement déformée : prise par la terreur de grossir, elle se voit un corps énorme, alors même qu'elle est d'une maigreur anormale. Son **idéal serait un corps sans substance, sans épaisseur, sans graisse, voire sans muscle. Les formes féminines, seins et hanches, deviennent autant d'objets de dégoût.**

Cette jeune anorexique est souvent caractérisée par une insatisfaction corporelle marquée et constante. Pour les personnes atteintes d'anorexie, la réussite, le contrôle et tout le reste passent par l'image corporelle. Celle-ci est la base de tout ce qui est entrepris alors si l'image corporelle de la personne n'est pas à son goût, rien ne va plus.

Et d'autre part, notre cas avait perçu la moquerie et la honte, à une période (puberté) où elle avait besoin d'être soutenue dans sa confiance en elle, pour elle ces changements n'étaient pas valorisants : *«Ils pensent que je suis très maigre »*.

Cette jeune anorexique se voit trop grosse. Ce jeu mortifère du miroir ne revoit-il pas aussi à la mort psychique : disparition de la chair pour en finir avec ce corps à jamais trop lourd *« Moi, je veux en finir », « J'ai envie de mourir. »* ; Le corps est ici *« l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant, »* (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁶⁰⁸.

Il s'agit d'une nostalgie du corps enfantin : *« Je me vois encore très jeune »*. Elle a l'impression que le temps défile très vite, mais que les choses stagnent pour elle, ce qui frustre l'exigence de ces instances idéales. Ainsi, à la place d'accepter son corps présent, dans son mouvement régressif, répondre par la plainte revient à crier sa nostalgie à l'égard des expériences heureuses du narcissisme primaire.

On peut placer l'hypothèse d'une problématique identificatoire.

Comme l'explique Martine STASSART, (1988, p, 3-7.)⁶⁰⁹ : *« Les **déterminants du processus, l'extrême difficulté de trouver l'objet dans une culture où le choix en est paradoxalement illimité, et d'accrocher à cet objet les lambeaux d'une libido objectale souvent exsangue, les aléas infinis d'une crise identitaire** générée par la remise en cause brutale des identifications anciennes dans une culture qui ne privilégie plus officiellement aucun modèle sauf à destination publicitaire, l'ébranlement des assises du surmoi et des idéaux traditionnels, la déssexualisation de la sexualité génitale au profit de la sexualisation de toute une foule d'activités normalement dés sexuées. »*.

8. Nature de l'angoisse :

D'une part, on pense qu'au même titre qu'elle ressent de l'angoisse à ne pouvoir se sentir exister (**angoisse existentielle**) autrement qu'au travers de l'anorexie, comportement masculin. Et d'autre part elle ressent une **Angoisse de perte d'objet**.

9. La nature des fantasmes :

⁶⁰⁸ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

⁶⁰⁹Martine STASSART, 1988. *Métapsychologie de l'adolescence*, In Annales de Vaucluse, 1, 28, p, 3-7.

On constate un appauvrissement de la vie fantasmatique, la jeune fille semble être concentrée sur une seule réalité « *son corps* », on remarque la pulsion de destruction et de mort à travers l'expression du désir de mort mentionné à plusieurs reprises

A. La destruction :

Par ailleurs, on retrouve ici le dualisme pulsion de mort (Thanatos) – pulsion de vie (Eros) théorisé par S. FREUD dans l'opposition destruction et construction. En effet, alors que la pulsion de mort tend à désunir et à détruire les entités vitales à la mort, la pulsion de vie tend à unir, à former et à maintenir les entités vitales.

A travers les différentes scènes de violence auxquelles notre cas a assisté lorsqu'elle était petite ; On pourrait alors penser que R envisage sa mère comme un être châtré et son père comme le père castrateur depuis qu'il perçoit la scène primitive comme scène de castration de la mère par le père. Il y verrait quelque chose que la partie la plus forte fait subir avec violence à la plus faible

On repère que la **pulsion d'agression vise la domination de l'autre**.

Ainsi, comme l'a suggéré M. KLEIN conflits précoces survenant dans la relation mère-enfant, représenteraient les racines de la haine et également l'angoisse archaïque de destruction et de dévoration. Dès le début de sa vie, R, a été soumise à un conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Cette dernière est reconnue à l'œuvre dès l'origine de son existence car elle a menacé R, en induisant l'angoisse d'être abandonné.

Les violences exercées par son père à l'égard de sa mère ont abouti à un trouble de l'identification et à un défaut d'élaboration symbolique : l'agressivité ne peut trouver son sens positif.

Par ailleurs, et selon M. KLEIN, l'angoisse que ressent notre cas devant ses propres pulsions destructrices lui inspire la peur d'être lui-même exterminé par ses propres pulsions destructrices (KLEIN, M.1932)⁶¹⁰.

R, aimerait pouvoir susciter l'amour de ses parents. La manifestation de son agressivité témoignerait de ses fantasmes inconscients et de son sentiment de désespoir à l'idée de ne pas être aimé. Comme l'a dit J. RIVIERE (1937, p.13)⁶¹¹, « *Il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leur condition de vie. Elles éprouvent le sentiment d'être frustrées* ». Par ailleurs, d'après M. KLEIN (1937, p.82)⁶¹², « *la*

⁶¹⁰KLEIN, M. 1932. *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.

⁶¹¹ KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989. P. 13.

⁶¹²Idem. P. 82

raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. Ce sentiment provient de la peur inconsciente d'être incapable d'aimer suffisamment ou vraiment les autres et, en particulier, de leur incapacité de maîtriser leurs pulsions agressives à l'égard des autres : elles ont peur d'être un danger pour la personne aimée ».

B. Fantasme de l'autonomie :

Françoise VERMEYLEN (in SAMY Ali, 2003, p.182)⁶¹³. Explique qu' *«il s'agit d'un double narcissique : l'angoisse qu'à ressenti (...), dès qu'elle eut affirmé : montre qu'elle vit intensément la mise en scène de son fantasme d'autonomie, mais l'angoisse montre la frustration liée à la séparation : le réel lui revient en plein figure et les conséquences de son acte la font trembler.*

L'autonomie ce n'est pas encore cela, nous n'occupons pas de places identiques et le décalage entre le désir (d'autonomie) et la réalité s'installe.

L'imaginaire du cas lui a fait penser qu'elle pourrait s'assumer seule.

Par l'intermédiaire de son corps, le cas veut retourner l'image d'une plénitude narcissique: « je n'ai besoin de personne » mais cela ne dure pas. L'angoisse ressurgit

L'espace réel, Pour elle, ne se différencie pas de l'imaginaire (in SAMY Ali, 2003, p. 184)⁶¹⁴, dans le sens où la perception se confond avec le désir dans cette façon de vivre la réalité. Ainsi à travers son contrôle corporel, elle se prouve qu'elle s'oppose à sa mère et se détache d'elle.

C. Fantasme sadomasochiste :

« Et dire que c'est ma façon d'être et ma façon de prendre soin de moi-même. Chacun son dada. Moi je ne me trouve belle que quand je maigris davantage, je me sens dans mon élément, quand je cache mon corps, quand je ne mange pas, je n'ai jamais faim d'ailleurs, je suis tout le temps en régime et ça me réjouit, bien au contraire c'est en gardant au fond de moi ce que j'ai avalé que je me sens mal, lourde pleine, je sens mon ventre enflé c'est comme si j'étais enceinte, Burrrrrrq, c'est effrayant. Moi je me vois toujours jeune, petite pour ça. C'est pour ça que je vomis, sans aucun effort ça vient tout seul. »

⁶¹³Françoise VERMEYLEN in SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.182

⁶¹⁴ Idem, p, 184.

Le masochisme suppose la conjonction d'une douleur née d'une effraction (de la limite corporelle, de la limite du moi) et d'une excitation sexuelle.

Ainsi, on peut supposer que les expériences douloureuses de R n'aient pu être supportées qu'en étant érotisées, et soient à l'origine de ses scénarios masochistes mis en place par la suite dans la période adolescente « *quand je n'étais pas bien je prenais une brosse pointue et je me frapper avec, j'avais l'impression que ma peine allait disparaître, que j'allais mieux me sentir à travers cette auto-punition* ». On peut supposer qu'il s'agit bien d'un masochisme érogène. Une auto-destruction.

Il en résulterait une fixation aliénante et souvent dangereuse pour sa vie même, mais il faut toutefois garder à l'esprit le rôle inverse, psychiquement vital, qui a d'abord été le leur : celui de **la mise à l'écart des représentations, et de l'excitation associée que la psyché de l'enfant était incapable de maîtriser.**

Aussi la jeune fille ne se trouvait pas de place pour elle au sein de la famille, dans un tel contexte, on ne s'étonnera pas qu'elle refuse obstinément de s'alimenter, prouvant par la même sa résistance et sa volonté de vivre, en faveur donc plus d'une pulsion de vie, que d'une pulsion de mort. Il ne s'agit pas de « se laisser aller » pour mourir, mais bien de résister à une torture insupportable.

Par ailleurs, elle ne se résout pas malgré tout à rejeter sa mère, dont elle reste fantasmatiquement dépendante, et elle déplace son rejet sur la nourriture qui la symbolise.

Elle éprouve à son égard des sentiments clivés d'amour et d'agressivité très culpabilisés, agressivité qu'elle retourne contre elle-même sous une forme masochiste. La jeune fille ne ressent pas son corps comme lui appartenant et se vit comme un objet de complétude narcissique d'une mère omnipotente dont elle reste soumise, la haine envers le corps et envers la mère se confondant.

C.1. Tentative de contrôle sadomasochiste :

La patiente trouve que la seule manière d'avoir **le plein pouvoir sur sa mère**, est de **contrôler son propre corps**, qui, constitue un terrain où leurs conflits deviennent gérables.

Cette attitude de contrôle s'étale et se prolonge vers une **tentative de contrôle sur notre personne, dans un contexte transférentiel** ; vu qu'on s'est heurté plusieurs fois à ses demandes non réalistes. Elle voudra par exemple que nous devenions son porte-parole auprès de son médecin pour lui demander de la faire sortir. Elle sait que le règlement l'interdit, mais elle verrait bien qu'on se charge, de cette négociation à sa place.

Un autre jour, elle tentera à nouveau de nous envoyer plaider auprès de médecin, cette fois-ci, pour qu'elle change ses menus, qui ne lui conviennent pas. On interprètera ses diverses **tentatives manipulatoires** comme des éléments de perversion liés à une angoisse d'incomplétude narcissique, et dont son impulsivité et ses mécanismes de répétitions viendraient témoigner. Aussi, malgré leurs effets destructeurs, R a pu « *retirer une satisfaction* » d'une telle situation, qui reste le plus souvent profondément inconsciente et n'est repérable que dans la compulsion à répéter des relations de même type dans la vie affective et sociale.

Si on avait accédé à ses demandes, on sera devenue pour elle un objet à manipuler afin qu'elle puisse vérifier avec un certain plaisir sa propre puissance ;

Devant nos refus d'entrer dans une relation aliénante, dont elle aurait pu tirer jouissance, elle se mettra quelquefois dans des colères non retenues ou niées et elle essaiera de nous atteindre par des **paroles agressives**, on pense, qu'il s'agit de régressions transférentielles négatives.

« *Pourquoi vous voulez m'empêcher de maigrir ?* » ou encore « *Mais je suis très fâchée. Je peux me faire sortir et tu ne veux pas m'aider.* »

Ainsi et à travers les éléments dégagés à savoir la relation anaclitique par étayage et l'angoisse de perte d'objet (Selon Freud, l'objet d'amour est choisi sur le modèle de la mère qui nourrit et le père qui protège.), chaque tentative de perte de poids, suscite la réapparition de la violence des affects et des représentations qui la renvoient à ce vide existentiel intolérable et menaçant pour son identité. L'absent, absorbé, est maintenu en vie et il est extériorisé dans le comportement alimentaire.

C.2. Rituels alimentaires :

La jeune fille étale ses rituels d'une manière descriptive sans aucunes implications affectives : « *Ces derniers temps, pour manger il me faut quatre cuillères de confiture de banane, j'attends une demi-heure, sinon je ne mange pas.* ».

Ces dires sont confirmées par la mère : « *Il faut tout laver deux fois, couper en petits dés, prendre je ne sais plus combien de cuillères de confiture, manger très lentement, mâcher pendant un bon bout de temps et ça me met en boule, c'est pour ça qu'elle mange seule.* »

D. Fantasme de la jeunesse éternelle :

L'adolescente chercherait à réaliser le fantasme de la jeunesse éternelle, ou même une régression vers un état de quiétude à savoir un corps asexué.

« Mais je me sens bien, je sais qu'ils veulent **que mon cycle reprenne**, mais moi je ne veux pas. Maintenant **je ne suis pas obligée de sentir mauvais, de me cacher, je me sens plus légère, plus propre, plus saine, vider de toutes contraintes, et puis surtout j'ai l'impression que je suis plus jeune** ».

E. Fantasma de transgression de l'inceste :

La jeune dans une tentative de récupération du père « *Il a raison* » essaie de revivre le fantasme originaire incestueux fantasmatiquement.

10. Mécanismes de défense :

A. Régression :

La peur de notre regard et jugement par rapport à ses relations, semble bien revêtir un aspect transférentiel, dans le sens où ça lui permet de revivre une régression à l'objet d'amour premier.

Dans un mouvement régressif, la jeune fille tente de récupérer un corps enfantin asexué vu son aménorrhée : « *Je me vois encore très jeune* ».

Cette succion lui offre, la possibilité d'un travail d'élaboration sur un mode fantasmatique de la situation primitive, vraie ou imaginaire, en la rattachant à la situation actuelle, traitée systématiquement comme une situation transférentielle.

A travers cet agi et régression, elle exprime une nostalgie de la relation maternelle archaïque et fusionnelle, cependant elle cherche l'image de la mère sécurisante. En mettant l'accent sur la notion de **bonheur perdu**, ce qui est recherché avant tout, c'est une **sensation première** génératrice d'une **nostalgie** qui pousse à trouver dans la réalité un objet susceptible d'apporter la satisfaction d'une tension de désir.

D'autre part l'adolescente préfère rester dans la salle d'eau dans le noir, ça peut renvoyer à une régression vers une vie utérine plus sécurisante.

Désir "pervers" qu'il faut mettre en relation avec la fascinante et redoutable nostalgie de la sphère qui précède de loin la naissance et se rapporte à l'état de béatitude dont le fœtus a joui dans le ventre de sa mère. Dans la vie d'un tel sujet il n'y a pas de place pour l'Autre. Isolé hors société, il n'y a chez elle aucun appétit de connaître l'Autre, aucune curiosité.

B. Identification :

L'adolescente manifeste une opposition à sa mère ; Ces propos nous semblent sous-tendre un conflit interne entre son besoin d'émancipation à l'emprise parentale et sa nécessité, pour cela, de s'identifier aux attentes maternelles. On peut se demander ainsi, si le symptôme de R, ne répond pas à un besoin de réassurance narcissique, soutenu par l'exigence de l'Idéal du Moi, pour tenter de gérer le paradoxe adolescent, pris entre la dépendance encore nécessaire aux objets parentaux et le besoin d'autonomie naissante (JEAMMET, 1990, p. 38.)⁶¹⁵.

Cependant, à travers les scènes de violence que notre cas a assistées l'identification s'opère : l'enfant qui se développe bien a besoin d'avoir des parents sur lesquels s'identifier : « *Le facteur qui opère, ce sont les parents, leur comportement et les rapports entre eux, tels qu'ils sont ressentis par l'enfant. C'est cela que l'enfant incorpore, imite – ou c'est contre cela que l'enfant réagit* ».

B.1. Echec de l'identification primaire :

On observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère-fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez cette jeune patiente. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

C. Identification à l'agresseur :

Ici on est en face d'une mauvaise différenciation **sujet/objet**, ce qui rend la séparation potentiellement dangereuse, en s'en prenant à son corps, elle s'en prend au corps de sa mère, cette dépendance lui est insupportable voir même insurmontable.

S'agissant d'une mère dévorante ; comme dans le cas de **l'identification à l'agresseur**, et dans une tentative de contrôle elle ressemble exactement à sa mère. L'adolescente retourne contre elle l'emprise maternelle « *façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante* » (GUEGUEN, 2003, 84)⁶¹⁶.

Pour SAMY Ali (2003, p.06)⁶¹⁷ : « *la relation établie avec le MOI se situe par rapport à un mode de pensée extrêmement rigide qui ne laisse aucune place à l'étranger et qui s'organise à partir d'une projection systématique de l'image maternelle sur toute relation ? Ce*

⁶¹⁵ JEAMMET, P. 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).

⁶¹⁶ GUEGUEN, J-P. 2003. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence, p.81-87.p. 84.

⁶¹⁷ SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.6.

mode de pensée n'est en réalité que l'indice d'une difficulté chez elle à constituer sa propre identité dans une situation, où l'ensemble du fonctionnement familial ne tolère pas la différence et s'organise à partir de cette négation de l'autre, lorsqu'il est perçu comme non soi »

Le corps est ici « *l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet « une mauvaise mère », persécuteur interne confondu avec le corps, ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant, »* (SELVINI, cité par MARCELLI et BRACONNIER. 158-159)⁶¹⁸.

D. Identification projective :

La réaction agressive dénotée par une attitude de refus, en tant qu'elle paraît rendre compte de la **projection** de ses propres craintes sur notre personne dans le but de nous nuire, peut être considérée comme étant la manifestation du mécanisme de défense de **l'identification projective** (KLEIN, 1967)⁶¹⁹. A travers son récit, on note un abandon précoce de la famille où elle paraît occuper la place du « mauvais objet » que l'on ne peut pas aimer.

E. Projection / Introjection :

Par ailleurs, l'adolescente, ne peut faire de distinction entre ses limites existentielles et celles des autres, du moment, qu'elle fait une introjection d'une scène de baisers que cette même camarade subit, pour ensuite projeter la scène primitive sur cette scène vécu, et qu'elle interprète comme acte sexuel génital et un viol.

La subjectivité est médiatisée par le corps propre qui constitue en se projetant un espace, un temps, un objet. La projection n'est plus un mécanisme de défense, mais coïncide avec l'imaginaire en tant que création d'une réalité précédemment abolie. « *En ce sens, la projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui. Elle devient ainsi synonyme de l'imaginaire, (...) »* (Sami-Ali, 1990, p. 137)⁶²⁰

Toutefois, la rivalité qu'éprouve R par rapport à sa mère lui permet de **projeter** tout ce qui est mauvais sur elle, pour garder la bonne mère en utilisant comme moyen **l'introjection**.

⁶¹⁸ MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Psychopathologie de l'adolescent*. Collection « les âges de la vie ». Paris. MASSON. P 158-159.

⁶¹⁹ KLEIN. M, 1967, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

⁶²⁰ SAMI-ALI 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p. P. 137.

On repère qu'entre la mère et sa fille la pulsion d'agression vise la domination de l'autre. Cependant, l'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image **introjectée**, le conflit mère/ adolescente a été **déplacer** sur le corps de la jeune fille.

F. Incorporation :

L'adolescente se verrait attaquer par sa mère, dans son intégrité et dans son identité ; déjà bien fragile, par le mauvais objet **incorporé**, qu'elle doit impérativement ex-corporé par les vomissements.

Il s'agit d'un lien entre l'ascèse orale et génitale chez l'adolescente, qui s'explique par le fait que la génitalité est le lieu par excellence du désir, de l'incorporation, de la dévoration, de la fusion. **Pour notre cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.**

G. Idéalisation :

La grand-mère incarnait « *un bon objet interne* » (M. KLEIN, 1968)⁶²¹ faisant office de point d'appui psychique. En disparaissant, elle renvoi notre cas à une absence intolérable.

L'idéalisation qu'elle porte à sa grand-mère l'empêche d'élaborer un travail même de deuil et de renoncer à la perte de l'objet qu'elle incarne.

H. Clivage du moi

Notre cas prend conscience de son agressivité et fait part, au cours des entretiens, de son sentiment de responsabilité et de culpabilité. D'après S. FREUD, une des deux parties du MOI qui exerce une activité si cruelle inclut la conscience, instance critique dans le moi, appelée « idéal du moi » (FREUD, S. 1921. 117-217.)⁶²².

D'après D.W. Winnicott, « *le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel qui permet le maintien d'une bonne représentation de l'objet en même temps que l'idée de sa destruction* » (WINNICOTT, 1984, p.40)⁶²³.

⁶²¹KLEIN, M. 1968, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard.

⁶²² FREUD, S. 1921. Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, 117-217.

⁶²³WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004. p.40

I. **Le déni** : Un déni que ce soit d'un poids corporel anormalement bas et de ses conséquences.

J. L'intellectualisation: perceptible à travers l'intérêt porté aux études.

K. Déplacement de l'investissement pulsionnel vers la nourriture. Et de ses préoccupations corporelles sur sa vie estudiantine.

On repère qu'entre la mère et sa fille la pulsion d'agression vise la domination de l'autre. Cependant, l'adolescente contrôle son corps dans une tentative de contrôler sa mère et son image **introjectée**, le conflit mère/ adolescente a été **déplacer** sur le corps de la jeune fille.

L. Refoulement :

Le cas, ne rêve pas pour le moment, ce qui renforce le refoulement de l'imaginaire. Son discours résigné semble sans affect comme si elle parlait de quelqu'un d'autre. Mais sa résignation ne cache pas son désespoir qui lui semble sans issues.

M. L'incorporation par morsure se substitue à la succion et devient sadique, destructrice.

C'est aussi l'imminence du sevrage quand téter sans mordre va être un problème pour l'enfant. Non seulement l'enfant prend plaisir à porter à sa bouche et à mordre, mais ses activités motrices et sensorielles « mordent » davantage sur la réalité. On dit qu'il est ambivalent, l'objet incorporé est vécu dans les fantasmes de l'enfant comme attaqué. Le désir de détruire la mère s'associe à l'union libidinale avec elle. C'est le premier conflit qui menace l'unité primitive rassurante à la mère. La façon dont la pulsion agressive à mordre sera reçue par l'objet d'amour va être importante. Il s'agit de mettre à l'intérieur pour garder, ce mouvement est la manifestation première de l'identification.

N. L'ascétisme :

Les conduites d'ascétisme permettent de dénier les besoins corporels ainsi que la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

O. Retournement contre soi :

A travers ce qui a été énoncé jusqu'ici et la problématique d'indifférenciation Mère-soi, Ne pouvant s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femme elle-même. Ainsi l'anorexique exerce un sadisme sur sa mère afin de

ramener l'objet maternel perdu, il s'agira cependant d'un auto-sadisme qui correspond à un retour sur soi d'un sadisme dirigé vers le représentant de l'objet présent dans le corps indifférencié (expliquer dans le premier chapitre).

Conclusion :

A partir des données énoncées, il ressort que la patiente s'est montrée distante lors des entretiens, elle apparaît comme une adolescente inhibée, peu communicative, elle ressent une angoisse d'abandon, ce qui explique ce refus comme réaction défensive contre la peur d'être abandonnée encore une fois.

D'une part, il semble que le clivage entre l'amour et la haine n'ait pu initialement s'instaurer en raison de l'environnement défaillant, ce qui aurait engendré un état de confusion où le mauvais menace constamment le bon. D'autre part, la persistance des mécanismes de clivage et de projection expliquerait le fait que la phase dépressive ne puisse être traversée. Ainsi, les pulsions destructrices deviennent prévalentes à l'égard de sa mère et entraînent des mécanismes de défense appauvrissant (dévalorisation de soi, idéalisation défensive (la grand-mère), intensification de la haine...).

Les renseignements fournis par la mère de R, permettent de découvrir la défaillance de l'environnement qui a entraîné, peut-être, le blocage du processus de maturation (D.W. WINNICOTT, 1971)⁶²⁴ et l'apparition de son anorexie.

Cependant, l'écart trop grand qui existe chez la mère entre le bébé fantasmatique dont elle a rêvé durant la grossesse et le bébé réel tel qu'il apparaît à la naissance et dans les jours qui suivent renforce les difficultés d'ajustement mère/bébé, et peuvent être à l'origine d'une symptomatologie anorexique. En effet, on peut supposer qu'il s'agit d'un dysfonctionnement de la dyade objectale.

Lorsque R est enlevée à sa grand-mère, elle est dans un état de dénutrition important et, elle refusera de s'alimenter, probablement seule réaction trouvée par cette petite fille à un fonctionnement familial pathogène. Il s'agit d'un premier processus anorexique qui s'engage. « *En fait, les fonctions innées (fonction alimentaire) seraient partiellement acquises par un apprentissage primitif, qui les complète, les organise en patterns distincts et efficaces, et c'est au niveau des défaillances de cet apprentissage que se situe la genèse des troubles* » (BRUCH, H. 1984)⁶²⁵.

Cependant, pour différentes raisons, La mère n'est pas prête à reconnaître la souffrance ou l'insécurité affective de son enfant. La mère a depuis longtemps refoulé profondément dans sa mémoire le souvenir des expériences traumatiques qu'elle a pu elle-même éprouver dans sa

⁶²⁴ WINNICOTT, D.W. (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris : Gallimard, 1979.

⁶²⁵ BRUCH, H. 1984, *Les yeux et le ventre*, Paris, Payot.

prime enfance. Ce défaut d'excitations ou la libidinalisation insuffisante des liens mère- fille, les propres modalités relationnelles de la mère à sa propre mère sont systématiquement retrouvées. Il s'agit d'un défaut de soins primaires vécus par la mère étant nourrisson.

Remettre en cause des pratiques sociales largement institutionnalisées et commodes pour elle dérange ses habitudes de pensée et de vie, elle est incapable de transmettre à sa fille les soins corporels, sensori- tactiles nécessaires à son développement affectif.

L'incohérence de l'environnement n'a pu permettre à la jeune adolescente d'acquérir le « *sentiment continu d'exister* » dans un univers qui prend sens pour elle.

Ces discontinuités répétées dans l'image des adultes qui prennent soin d'elle, la tension ou l'incohérence dans les gestes de maternage introduisent chez elle un sentiment de mal-être et d'insécurité émotionnelle qui s'exprime, comme on l'a vu, par des cris, des difficultés de l'alimentation ou du sommeil.

Cette carence au niveau des contacts tactiles et des manipulations corporelles entraîne des défaillances dans l'élaboration du moi-peau :

« *Nous avons des besoins alimentaires qui sont normalement assouvis par un contact intime avec notre mère -ou son substitut-. Même si nous ne sommes pas nourris au sein, notre corps a quand même besoin du contact physique pour survivre et se développer* » (Clyde W.FORD, 2002, p, 114)⁶²⁶.

Le concept de Moi-peau (D. ANZIEU, 1974)⁶²⁷ est particulièrement efficient pour se représenter le point de passage du corporel au psychique, en tant que prémises d'une enveloppe psychique fondée sur les sensations corporelles de la surface du corps en relation avec un autre (la mère).

A travers la séparation suivie par le décès de la grand-mère, la jeune fille se sent affectivement abandonnée, ce qui génère chez elle une intense disqualification et indicible déception qui la renferme dans une douloureuse solitude affective. Elle grandit dans cette absence d'étayage corporel maternel, ce défaut du pare-excitation liant et contenant, dont les conséquences visibles aujourd'hui sont une constitution défaillante de ses assises narcissiques.

Ainsi, la patiente, n'a pu acquérir la représentation d'une mère interne « *suffisamment bonne* »⁶²⁸, laquelle normalement aurait dû lui donner la capacité de s'identifier à elle, afin de supporter ses états de souffrance psychique.

⁶²⁶ Clyde W. FORD, 2002 ; *Les cicatrices émotionnelles, guérir des émotions par le corps et le touché*, Guy TREADANIEL EDITEURS, Paris, p.114.

⁶²⁷D. ANZIEU, 1974, *Le Moi-peau, Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, pp. 195-208.

⁶²⁸ WINNICOTT, D.W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot

Ces vomissements, s'expliquent probablement dans un mouvement **d'incorporation**, une tentative d'absorber l'objet avant de le rejeter. Ces épisodes comportent une dimension **identificatoire** visible dans la répétition du comportement, mais témoignent de son échec d'identification. Ils constituent **une solution psychique et comportementale face à l'impossibilité d'une relation satisfaisante à l'objet. Et un premier processus anorexique s'engage, dans un combat pour la reconnaissance de son individualité.**

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁶²⁹, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère-enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle du corps qu'elle nie et désinvestit peu à peu.

Les fonctions corporelles leur apparaissent sales, impures et corruptrices, abominablement abjectes, d'où l'interdiction de manger.

Dans cette attitude, il nous semble comprendre que c'est tout un processus d'identification qui se joue. La haïr serait se haïr, l'abîmer serait s'abîmer et donc, la réparer serait peut-être se réparer aussi ?

Il s'agit d'une **problématique d'individuation dépendance/séparation.**

À son tour, dans un refus d'introjecter et valider ce défaut de maternel, elle lutte contre le sentiment d'impuissance qui l'envahit face à celle qui ne lui accorde pas son amour.

Cependant la jeune fille vit mal les transformations physiologiques liées à l'adolescence, on peut même l'assimiler à un traumatisme pubertaire c'est ce qui explique l'ascétisme lié à l'adolescence, et surtout le refus de la sexualité génitale et la vit plutôt selon un mode prégénital

Il s'agit d'une fixation dans la dyade objectale.

En conclusion, dans une tentative d'échapper à l'obsession des représentations de sa mère et du traumatisme lié à la scène du viol qui rappelle la scène primitive, l'adolescente tente par une approche **masochiste** de son anorexie de détruire ce corps parsemé d'attributs féminins et se défend contre cette possible intrusion fantasmatique maternelle. De cette façon, elle peut éviter tout conflit d'identification à son imago féminine, qui ne la satisfait pas. Il se produit alors une scission du Moi entre un Moi corporel repoussant, intégrant le mauvais objet, et un Moi idéal asexué⁶³⁰.

⁶²⁹ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

⁶³⁰ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

La conduite anorexique devient un compromis plausible entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

En effet, elle relève aussi d'actes d'incorporation olfactive (l'odeur des croissants par exemple). Le comportement anorexique devient dans notre cas un véritable comportement addictif (par rapport à la prise des croissants), qui se transforme en dépendance et mode de résolution des conflits externes et internes, dans l'objectif de reconstruire un « espace transitionnel défaillant » (MC DOUGALL, J. 1989, P. 117.)⁶³¹. Cela permet par exemple, de retrouver un lien de dépendance qui la relie à ses objets et à leurs représentants externes.

De la sorte, et à travers cette auto et hétéro- agressivité ; le recours au corps comme lieu de décharge pulsionnel éventuel, devient la seule solution possible, seule sa resexualisation par le biais d'une fixation et régression orale (par rapport au sevrage précoce et carence en maternage) lui permet d'éviter et de contourner cet état d'angoisse.

Toute fois, cette érogénéité et érotisation du corps reste morbides et prégénitales avec un investissement de la zone orale sadique vu l'importante et sérieuse auto et hétéro-agressivité, ce qui nous ramène à une sexualité prégénitale de type sadomasochiste.

⁶³¹ Mc DOUGALL, J. 1989, *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard. P. 117.

Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (GARNER et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.	X					
2. J'évite de manger quand j'ai faim.	X					
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.			X			
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.		X				
5. Je coupe la nourriture en petits morceaux.					X	
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.		X				
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)	X					
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.		X				
9. Je vomis après avoir mangé.	X					
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.	X					
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.		X				
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.		X				
13. On pense que je suis trop maigre.					X	
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.	X					
15. Je mange plus lentement que les autres				X		
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.	X					
17. Je mange des aliments de régime.			X			
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.		X				
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.		X				
20. Je pense que l'on me force à manger.	X					
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.			X			
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.	X					
23. Je me mets au régime.	X					
24. J'aime avoir l'estomac vide.	X					
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.			X			
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.	X					

Cotation :

Items directs :

Toujours :

1. 14.

$$3 * 2 = 6$$

Très souvent :

2. 6. 9. 10. 16. 20. 22. 24. 26.

$$2 * 9 = 18$$

Souvent :

17.

$$1 * 1 = 1.$$

Quelque fois/ rarement/ jamais :

4. 5. 7. 18. 21.

$$0 * 5 = 0$$

$$\text{Total : } 6+18+1+0 = \mathbf{25}.$$

Items indirects :

Jamais :

25.

$$3*1= 3$$

Rarement :

/

Quelque fois :

/

Souvent/ très souvent/ toujours :

8. 11. 12. 13. 15. 23.

$$0*6 = 0$$

$$\text{Total : } 3+0 = \mathbf{3}$$

Total général :

$$25+ 3 = 28. \text{ Au dessus de la note seuil.}$$

Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé			X			en bonne santé
2. physiquement attirant		X				non attirant
3. source de plaisir			X			de déplaisir
4. féminin		X				masculin
5. pur, propre		X				impur, sale
6. exprimant la crainte		X				exprimant l'audace
7. vide				X		plein
8. quelque chose que l'on touche			X			quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid			X			tendre, chaleureux
10. exprimant la colère	X					exprimant l'apaisement
11. expressif		X				Non expressif
12. quelque chose que l'on cache	X					quelque chose que l'on montre
13. calme, serein				X		nerveux, inquiet
14. vieux					X	jeune
15. érotique					X	non érotique
16. fragile, faible		X				résistant, fort
17. joyeux			X			triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas		X				quelque chose que l'on regarde
19. énergique			X			non énergique

- Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5.

$$3+2+4+3 +1+1+5+2+2= 23.$$

- Les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1.

$$4+3+4+3+4+2+1+3+3= 27.$$

- L'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes.

4.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

$$23+27+4 = 54.$$

Validation

Le premier facteur Accessibilité/Fermeture. Se rapproche du pôle – qui se caractérise par le refus des expériences de la réceptivité aux expériences corporelles d'ordre sensoriel, sensuel, esthétique.

Le second facteur Satisfaction/Insatisfaction se rapprochant également au pôle – montrant une perception défavorable du corps, un corps haïssable.

Le troisième facteur Actif/Passif. Pareil il s'agit d'une valorisation du pôle – qui représente : fragilité, faiblesse, crainte...

Le quatrième facteur Serein/Tendu, son pôle – mettant en valeur une tension corporelle.

Test du RORSCHACH.

Nom et prénom : K. R

Date : 06/04/2009.

Age : 15 ans.

	Protocole	Enquête	L	D	C	Ban	Obs
PL. I 15".29	Rien... je ne sais pas... (se concentre)... le noir c'est la nuit.		G	F-	Abst		Choc.
	Je pense que c'est une chauve souri.		G	F+	A	Ban	
PL. II 1'.01"	Sourire... Ce rouge en dirait que c'est du sang.	Le rouge central inferieur	D	C	Sang		Equivalent choc.
	Un nez.	Dbl central C'est le cartilage	Dbl	F-	Anat		Dévitalisé
PL. III 1'.47"	Deux personnes qui se disputent quelque chose férocement. Je n'aime pas l'agressivité que dégage cette planche, elle me fait peur.	Range elle- même la planche.	G	F+ →K	H	Ban	Symétrie. Choc.
PL. IV 00'.57"	Une peau d'animal étalée... une planche qui me donne l'envie de pleurer.		G	F+	Ad		Dévitalisé
PL.V 1'.02"	Chauve souri c'est tout.		G	F+	A	Ban	
PL.VI 00'.57"	Une peau étalée d'un loup.	C'est un animal mort voici sa tête.	G	F+	Ad		Dévitalisé
PL.VII 1'.29"	Deux animaux morts disposés l'un en face de l'autre.		G	F+	A		Symétrie Dévitalisé
PL.VIII 1'.22"	Sourire... je ne comprends pas cette planche. Deux panthères en face... ça ressemble à la panthère rose du dessin animé.		D	F+	A	Ban	Equivalent choc Symétrie Dévitalisé
	Un papillon, voici se ailes		D	F+	A		

PL. IX	Un homme.		G	F-	H		
1'.00"	De l'eau stagnante.	Vert clair central	D	F-	Elément		
PL.X	Ce jaune là représente des œufs.	D rouge et noir inférieur	D	F+	Alim		
1'. 16".74	Ce rouge est un morceau de viande crue.		D	F-	Alim		
+ La planche X : je ne sais pas c'est à cause des couleurs peut être. - Toutes Les planches.							

Nom et prénom : K.R.
Age : 15 ans.
Motif : sujet anorectique.

Date : 06/04/2009.

Psychogramme

Localisation :

Nbr R : 15 < Norme [20-30]
G : 08. =Norme [7-10]
G % : 53.33% > Norme [20-30%]
D : 06. < Norme [15-20]
D% : 40% < Norme [68-70%]
Dbl : 01.
Dbl% : 6.66% > Norme [1-3%]

Déterminent:

F+ : 09.
F- : 05.
C : 01.
→K : 01

Contenus :

H: 02.
H%= 13.33% <Norme [15-20%].
A: 05.
Ad : 02.
A= 46.66% =Norme [35-50%].
Ban : 04. < Norme [05-07].

F+ élargi = 93.33 % > Norme [80-85%].

F+ PUR = 64.28% < Norme [80-85%]. (Pour les ados 70%).

Type d'appréhension :

G→ D→ Dbl.

Succession :

Inversée et relâchée.

Indice d'angoisse :

$\{(Hd+Anat+Sexe+Sang)\} * 100 : R$
 $\{(0+1+0+1)\} * 100 : 15$
= 13.33 % > Norme [1-12%].

TRI :

K/ C. (C = 1*1.5=1.5)

0 < 1.5 extratensif pure.

Indice d'impulsivité :

C + CF > FC.

1 + 0 > 0

→Equivalent choc : 02.

Choc : 01.
Dévitalisé : 05.
Symétrie : 03.
Alimentation : 02.
Sang: 01.
Elément: 01.
Abstr : 01.
Anat : 01.

RC % :

(6*100) : 15 = 40 % > 30 %.

Confirme l'extraversion.

Analyse dynamique :

Protocole très pauvre, production insignifiante par rapport à la norme, avec une succession relâchée et un type d'appréhension inversé : de $G \rightarrow D \rightarrow Dbl$.

Le nombre suffisant des réponses G, rend compte que la dimension intellectuelle est fonctionnelle, cette intelligence manque d'adaptation vu le nombre des banalités inférieur à la norme.

Il peut s'agir d'une pauvreté d'expression due à :

- Une pauvreté de la pensée.
- Une inhibition à l'approche d'un nouvel objet (test).

Cette perception dans la globalité renseigne sur une conduite défensive qui survolte la réalité contre l'émergence d'affects, et renvoie à un effort d'adaptation intense qui peut conduire à un épuisement, le pourcentage insuffisant des réponses D, le pourcentage important des Dbl, Sang, Choc, renvoient à une opposition aux autres, ainsi qu'une agressivité par rapport au corps. Confortent cette supposition et renvoie au refoulement, on peut supposer une dimension **alexithymique importante**.

Toutes ces données laissent supposer que l'ancrage dans le réel s'établit à travers le règne animal, cet ancrage confirme une pensée opératoire et un investissement du corps dans une réalité limitée et appauvrie, vu la régression dans le règne animal et la quasi-absence du contenu humain, ce qui laisse supposer qu'un malaise est provoqué à la vue de l'image humaine chez la patiente.

Le pourcentage des réponses H inférieur à la norme rejoint cette hypothèse, et renseigne sur une problématique identificatoire, et une difficulté au niveau de l'identité avec une narcissisation du corps, il s'agit d'un retrait narcissique, confirmé par un étalage corporel vu la présence d'une réponse Anat qui peut renseigner sur des préoccupations sexuelles exprimées d'une manière détournée. Chose affirmée par les réponses Symétrie qui dénote d'une image désagrée du corps propre. D'une recherche de soi et d'un double narcissique. Les réponses Dévitalisation renvoient à une angoisse de morcellement.

L'absence des réponses K vient confirmer une identité mal différenciée, ce qui renvoie à un **processus d'individuation considéré comme inopérant**, ainsi qu'une **absence de l'imaginaire**.

Les mécanismes de défense :

Au regard des F% égale à 93.33% il peut s'agir d'une :

- Inhibition affective.
- Tendance dépressive.

Par ailleurs les réponses D, sont souvent associées à des réponses F+, cela rend compte sur une démarche intellectuelle méticuleuse qui s'inscrit dans un registre défensif formel, rigide à caractère adaptatif avec une dimension de contrôle de la réalité externe. Cependant cette tentative de contrôle peut être mise en échec par l'émergence de l'angoisse tel que démontre l'indice de l'angoisse, l'indice de l'impulsivité.

Ces angoisses sont centrées autour du corps, vu la présence des éléments suivant réunis : Sang, Anat associée à un contenu humain perçu dans le détail, à une dévitalisation, et une abstraction qui confirme l'ancrage dans le réel du corps par son contrôle à travers le symptôme.

En outre, ce contrôle est constaté à travers les éléments Symétrie qui renvoient à une **rationalisation**, l'absence des réponses d'expression affective, le pourcentage élevé des réponses F+ pur par rapport à la norme, le nombre global des réponses inférieur à la norme, le pourcentage élevé des réponses G, on peut dire qu'on est en face d'une **dimension alexithymique** importante, avec un système défensif rigide qui cherche à contrôler les situations angoissantes, avec un **refoulement** massif et une **rationalisation**.

En outre, le pourcentage des réponses A trop important par rapport à la norme, renseigne sur une **régression** et une **projection** dans le règne animal, ce qui protège le sujet en lui permettant de constituer un aménagement compensatoire, avec une **fixation** dans un stade prégénital où le contrôle prend le dessus.

Par ailleurs, l'absence des réponses K, témoigne d'une absence « d'exister » et d'une « identité mal différenciée », ce qui nous ramène à un processus **d'individuation inopérant**, cette hypothèse est renforcée par l'absence des réponses H sauf sous forme détaillée, ce qui traduit une angoisse de morcellement, la présence d'une réponse ANAT, qui rend compte sur un étalage corporel dû à un investissement massif du corps. Il s'agit cependant d'une mauvaise identification à l'image humaine sexuée.

A partir de toutes ces données :

- S'agit-il d'une érotisation et érogénité du corps par étalage ;
- S'agit-il d'un terrain psychotique ;
- S'agit-il d'un problème dans l'identification à l'image humaine sexuée et au corps entier ;
- S'agit-il d'une dimension masochiste ?

A partir de la présence des réponses F- dans les planches :

- **Planche I :** Amorce.
- **Planche II :** Sexuelle déguisée anatomique.
- **Planche IX :** L'image maternelle prégénitale ou représentation sexuelle primitive.
- **Planche X :** Fonction ludique.

Des réponses : Equivalent Choc dans les planches :

- **Planche II :** Sexuelle déguisée anatomique.
- **Planche VIII :** Planche représentation de l'intérieur du corps.

Des réponses : Choc dans la planche :

- **Planche III :** Couple parental ou construction de soi face à un semblable.

On peut dégager la problématique suivante :

Problématique d'ordre corporel, sexuel et maternel.

Confirmée par les données recueillies et présentées à travers les entretiens et à partir de l'analyse du Psychogramme.

Conclusion :

A la lumière des données énoncées, il s'agit d'une participation affective intense laissant peu de place à la connaissance même. La démarche est en effet peu intellectuelle, elle est trop imprégnée de préoccupations souvent corporelles, mais celles-ci ne semblent pas inhiber, au contraire elles mobilisent et poussent à un fonctionnement de niveau élaboré (le nombre des G).

Les mécanismes de défense les plus dominants sont : fixation, régression, projection, introjection, rationalisation, refoulement, une problématique de choix féminin ou masculin avec une insistance sur une identification masculine. Il s'agit d'un système défensif souple adaptatif avec un bon contrôle contre l'émergence des affects.

Cependant le côté maîtrise actif est mobilisé à des fins défensives contre les manifestations d'angoisse liées aux préoccupations corporelles, et une recherche d'une position sexuelle à travers les mouvements alternants actif-passif, dynamique-régressif, en fait puissance et impuissance. Ce qui renvoie à une fantasmatique archaïque sous-jacents où l'agressivité et la pulsion de mort sont dominantes.

La reviviscence du conflit œdipien, ainsi que les moyens défensifs sont à interpréter en tenant compte de la période de l'adolescence, dont les transformations/pubertaires amplifient les angoisses qui s'articulent autour des préoccupations corporelles.

De l'analyse dynamique et symbolique du test il ressort un processus d'individuation inopérant, la patiente craint les relations hétérosexuelles ce qui explique le refoulement de la sexualité et de l'alexithymie et engendre des tendances masochistes qui s'avèrent manifeste avec insistance.

A la lumière de ce qui a été énoncé, il s'agit d'une érogénéité du corps due à un investissement de la zone orale avec exercice de contrôle sur le corps ; On peut supposer qu'il s'agit d'une expression sexuelle pré-génitale sadomasochiste à travers le symptôme de l'anorexie mentale.

Nos hypothèses de recherche se confirment par rapport à notre cas.

DISCUSSION

1. Similarités et différences entre les cas :

Les entretiens thérapeutiques de nos cas nous ont permis de faire une cueillette rigoureuse de leurs cognitions, de leurs comportements et de leurs histoires de vie. Un parallèle avec la théorie présentée en première partie est alors possible et sera discuté ici. Il est pertinent et intéressant de s'arrêter pour ainsi, faire des liens entre les deux thèmes qui nous intéressent dans ce rapport; c'est-à-dire, la sexualité au sens large et l'anorexie. Nous pourrions observer que les deux problématiques peuvent grandement influencer le cheminement et le développement d'un individu.

Cette partie exposera l'explication du début de l'anorexie, la perception que les sujets entretiennent avec la sexualité, le rôle des parents, les caractéristiques habituellement rencontrées chez les femmes anorexiques, le rapport qu'elles entretiennent avec la sexualité, la place qu'occupe la notion de contrôle dans leur vie, comment elles gèrent leurs images corporelles, le développement de leur vie fantasmatique et onirique.

Comme le laisse entendre le sous-titre, nous allons ici comparer ressemblances et différences entre nos cas quant aux différents aspects liés aux difficultés sexuelles versus leurs épisodes anorexiques. Sans prétendre à une analyse parfaitement exhaustive, nous ferons tout de même un tour d'horizon complet de la question.

Tout d'abord, il semble que les six sujets aient de la difficulté à exprimer leurs émotions. Elles, croient que montrer leurs émotions, leurs sensibilités et même pleurer sont des signes de faiblesse. Alors nul besoin de dire que toutes les six ont de la réticence et de la difficulté à communiquer leurs émotions de vulnérabilité. En guise de mécanisme de protection, B. A. R et B. M ont tendance à rationaliser et à l'exception de B. M, le reste des sujets présentés ont tendance à se conduire comme des enfants. Cependant il appert que seules B. M et D. S ont eus des relations sexuelles génitales, mais des difficultés à se libérer sont à notées pour B. M plus que D. S et ce malgré qu'elle soit ancrée dans un registre plutôt affectif.

Sur les six sujets présentés, seules K. R et B. N n'ont pas eu de bonnes relations avec leurs pères. B. N et D. S ont successivement essayé toute leurs vie d'être le garçon qui aurait dû naître à sa place et de garder la famille soudée par ce moyen, sans succès. De son côté, D. S aime avoir raison tout comme son paternel, afin d'avoir l'attention et l'amour de sa mère par ce moyen, sans succès.

La «féminité» est absente en général, chez les six jeunes femmes. Elles ne s'habillent pas de manière féminine. Néanmoins B. R. A et B. N, montraient une apparence suffisamment soignée.

Pour B. N et D. S, la disparition des seins les rendait encore moins féminine. Elle croyait ainsi obtenir l'attention et l'amour de la mère, puisqu'elles ressemblaient davantage au garçon qu'elles auraient souhaité avoir. B. N et D. S ne sont guère plus féminines que le reste des cas, sauf peut-être un peu plus gracieuses. Les six jeunes filles ont généralement tendance à s'habiller en pantalon avec des chandails amples qui cachent les caractéristiques féminines.

Toutes les six faisaient attention à ce qu'elles mangeaient et évitaient de consommer trop de calories. Toute fois, et malgré que D. S passait par des crises boulimiques, tout comme les autres, Le poids et le tour de taille ont toujours continué d'être très importants et cela se reflétait dans la sexualité de B. M et D. S.

En effet, les jeunes femmes ont de la difficulté à accepter leur image corporelle, et il en résulte une insatisfaction presque constante chez elles. Aussi, toutes les six ne se trouvent pas attirantes sexuellement. La différence entre les six filles à ce niveau est que B. A. R, B. N, B. S, D. S, K. R, ne se croient pas attirantes parce qu'elles ne sont pas minces comme elles voudraient l'être, alors que B. M ne se trouve pas attirante sexuellement lorsqu'elle est nue. Elles ne sont pas à l'aise de regarder ou de toucher leur corps. D. S était plus à l'aise lorsqu'elle était jeune et elle se masturbait mais plus aujourd'hui. En dehors de B. M et de D. S, elles, ne se sont jamais auto-stimulées, et n'arrivent pas d'ailleurs à exprimer ses besoins sexuels.

Les mères de K. R et de B. S avaient des problèmes de poids. Les filles ont vu leurs mères, et pour B. S sa sœur également, faire des régimes et être grosses toute leur vie et ne voulaient absolument pas leur ressembler. B. A. R et sa mère n'ont pas une relation très développée puisque l'emploi de sa mère l'amène à être absente assez souvent. K. R, B. M ont une relation qu'elles disent superficielle avec leurs mères car certains sujets ne peuvent être abordés. Elles n'arrivent pas à se parler des vraies choses et à partager leurs émotions moins positives ou les affaires qui font mal, c'est pour cette raison au fond que c'est superficiel. D. S et B. S, développent une relation de rivalité avec leurs mères. A l'opposé B. N, semble avoir une relation fusionnelle avec la sienne.

B. A. R a toujours eu une bonne relation avec sa sœur, elle peut se confier à elle et lui fait confiance. Pour B. S, elle était jalouse de sa sœur, K. R a peu de contact avec sa fratrie, pour B. M c'était difficile pour elle de voir sa mère plus attirée par son -fils-frère- qu'elle-même, pour elle, il s'agissait d'un empiètement sur son territoire, tout comme D. S, qui de son

côté déteste son frère cadet et le considère comme concurrent dans l'amour de sa mère. Quant à B. N, elle ne s'entend avec personne, n'a de lien qu'avec la mère.

Les six jeunes filles n'ont pas beaucoup d'amis-es. B. N ne possède pas d'autre amie intime que sa cousine, B. S, n'a que son fiancé, ainsi que D. S qui considère son copain comme seul ami et confident, K. R, B. M n'ont aucune copine. Les gens que B. M voit en dehors de sa famille, comme à l'école et au travail, ne connaissent aucun détail de sa vie personnelle. B. A. R, a une relation d'amitié partagée avec deux copines c'est tout. ce sont des gens avec qui elle n'entretient pas de relations. Nos cas, ne révèlent rien de leur vie privée à ces gens. Les six se méfient des autres et désirent garder leur vie privée pratiquement secrète.

Tableau 4 : Résumé des similarités et différences entre les cas.

		B. A.R	B. N	B.M	B. S	D. S	K. R
Comportements enfantins.		X	X		X	X	X
Difficultés à exprimer les émotions (Alexithymie).		X	X	X	X	X	X
Absence du rêve.		X	X	X	X	X	X
Un moyen pour attirer l'attention et une quête de l'amour.		X	X	X	X	X	X
Symptômes hypocondriaques et /ou somatisations.			X	X		X	
Troubles impulsifs associés.					X	X	
Contradictions dans le discours.			X				
Impact de la puberté.		X			X	X	X
Aspect féminité absent.				X	X	X	X
Insatisfactions corporelles.		X	X	X	X	X	X
Carence en soins primaires.		X		X	X	X	X
Bonne relation au père.		X		X	X	X	
Bonne relation à la mère.			X				
Problèmes de poids de la mère.					X		X
Bonne relations à la fratrie.							
Relations sociales minimales.		X	X	X	X	X	X
Sexualité.	Génitale.			X		X	
	Prégénitale.	X	X	X	X	X	X
Agressions à caractère sexuel.			X				X
Fréquentation des garçons.		X	X	X	X	X	
Le contrôle		X	X	X	X	X	X
La nature des fantasmes.	De destruction et d'agressivité.	X	X	X	X	X	X
	Sadomasochisme.	X	X	X	X	X	X
	De séduction.	X			X		X
	De transgression de l'inceste.	X		X	X	X	
	De l'homosexualité.		X				
	De l'autosuffisance.	X	X	X	X	X	X
	De la jeunesse éternelle.	X	X	X	X	X	X
La nature de l'angoisse.	Angoisse existentielle.	X	X	X	X	X	X
	Angoisse de perte d'objet et d'abandon.	X	X	X	X	X	X
Mécanismes de Défense	Régression.	X	X	X	X	X	X
	Refoulement.	X					
	Déni.	X	X	X			
	Ascétisme.	X	X	X	X	X	X
	Incorporation.	X	X	X	X	X	X
	Echec de l'introjection.	X	X	X	X	X	X
	Identification.	X	X	X	X	X	X
	Echec de l'identification primaire.	X	X	X	X	X	X
	Identification à l'agresseur.		X	X		X	X
	Identification projective.					X	X
	Projection.	X	X	X	X	X	X
	Déplacement.	X	X	X	X	X	X
	Intellectualisation.	X				X	
	Rationalisation.	X		X			
	Clivage.					X	X
	Annulation.					X	
	L'idéalisation.			X	X	X	X
Retournement contre soi.	X	X	X	X	X	X	

2. Comparaison avec la littérature :

Les facteurs relevés chez les six sujets seront comparés, dans les paragraphes suivants, avec la littérature consultée. Les facteurs seront une fois de plus présentés en catégories: facteurs liés au développement de la personne, facteurs relationnels et facteurs liés à la sexualité. Il en résultera donc une analyse descriptive, qui cependant comporte des limites. Premièrement, compte tenu du fait que la présente étude ne comprend que six sujets, il est impossible de considérer l'analyse faite comme étant exhaustive. Ensuite, dans une étude empirique complète, le contrôle des variables serait plus rigoureux et mieux définis. Le choix d'une étude qualitative de type descriptif s'imposait étant donné le nombre restreint de jeunes filles étudiées. En effet, il ne relève pas du présent rapport d'amener de l'information nouvelle concernant l'anorexie. Le but visé est plutôt de dégager des pistes d'intervention et de recherche qui pourraient être utiles aux spécialistes confrontés à une problématique d'anorexie. Enfin, étant donné que l'analyse qui va suivre est le fruit d'interprétations personnelles sur notre revue de littérature en lien avec les cas cliniques observés, il importe de souligner la présence possible d'une inévitable subjectivité.

2. a. Facteurs liés au développement de la personne :

Les facteurs qui seront analysés ici sont les suivants: comportements enfantins, difficultés à exprimer les émotions, qualité de la communication, contradictions dans le discours, ainsi que l'aspect féminité, la puberté, les rechutes d'anorexie.

Pour débiter, bien que des comportements assez enfantins aient été rencontrés chez la quasi-totalité des cas à l'exception de B. M, ils ne seraient qu'en partie imputables à l'anorexie. Si on retrouve souvent dans cette maladie un aspect de refus de maturité au niveau comportemental, psychologique, physique et sexuel, le comportement de nos cas, semble aller au-delà de ce qu'impliquerait une manifestation simple du trouble alimentaire. Il pourrait s'agir chez elles d'un comportement gratifiant, dans le sens où il sert efficacement de mécanisme de protection général de leur psychisme, et c'est pourquoi elles n'auraient pas adopté une attitude plus mature avec l'âge. Ce type de comportement leur permet aussi d'exercer un certain contrôle de leur entourage. Ceci rejoint une caractéristique répertoriée de l'anorexique, mais pourrait aussi combler des besoins affectifs d'attention et/ou de sécurité que nos sujets ne savent obtenir par des moyens davantage «adultes». Un questionnement plus profond à ce niveau aurait pu être utile.

Bouder, croiser les bras et s'exprimer comme une petite enfant renforce le refus des cas présentés de devenir femme, car ce comportement empêche leur entourage de les considérer

mature également. Il ne faut pas négliger la possibilité que les attitudes des gens qui les entourent aient pu contribuer à ce que ces cas conservent de telles manières d'agir. Il se peut qu'elles continuent d'être infantilisées par ses proches et c'est ce qui fait qu'elle conserve ces comportements inadéquats pour leur âge. Finalement, agir comme ces jeunes filles le fait, peut apporter certains bénéfices dont nous ne sommes pas au courant.

La littérature consultée ne faisait pas état de comportements semblables à ce qui a été rencontré chez ces patientes. Il s'agissait plutôt du refus de devenir adulte et femme car cela entraîne éventuellement une autonomie, des responsabilités, une maturité à tous les niveaux, la négociation de relations amoureuses et sexuelles. Or le refus de se nourrir pourrait permettre, dans la pensée de ces jeunes filles, de ne pas grandir en taille et en poids, donc de rester pratiquement des enfants, ce qui leur permettrait par conséquent de ne pas avoir à faire face à tant de choses nouvelles en même temps.

L'anorexie pourrait être une manifestation de l'anxiété face à une maturité sexuelle imminente et également un moyen d'évitement. Mais rien n'est mentionné concernant l'adoption de manière d'agir en enfant. Il est cependant très plausible que ce soit le moyen que les cas aient trouvé pour essayer d'éviter le plus possible, de retarder leur moment d'entrée dans la vie adulte.

Chez les six jeunes femmes en question, la difficulté à exprimer les émotions a été rencontrée. Nul besoin cependant d'être ou avoir été anorexique pour avoir connu des difficultés à ce niveau. Pour la plupart des gens, il est plus facile d'exprimer des émotions positives, non agressantes ou susceptibles de causer des remises en questions difficiles.

Exprimer nos ressentis n'est pas toujours facile et il faut être capable de mettre de côté un brin de son orgueil pour se révéler à l'autre. Ceci peut s'avérer douloureux à certains moments et plus agréable à d'autres, mais implique également d'être capable de se rendre plus vulnérable. C'est pourquoi ce type de confidences ne se fait généralement qu'au sein d'une relation où règne la confiance.

Pour les jeunes femmes rencontrées, pleurer ou se montrer sensible et avoir besoin d'aide sont des signes de faiblesse. B. S, B. N, K. R, D. S, gardent tout à l'intérieur et à un moment où tout est trop émotif, elles font des rechutes d'anorexie, réactions impulsives, ou encore font des somatisations. B. A. R et B. M de leur côté, rationalisent et quand leur limite est atteinte, elles éclatent en sanglots et espèrent que personne ne sera au courant. Il s'agit d'une certaine instabilité émotive qui est rencontrée chez ces jeunes filles et malgré leurs manières respectives de négocier les émotions qu'elles vivent, elles ne finissent pas atteindre une limite. La perception qu'elles ont d'être faible en montrant leurs émotions est renforcée chaque fois où

elles dépassent leur seuil de tolérance. Et il s'ensuit l'adoption de caractéristiques dépressives. Cette difficulté peut être amplifiée par l'anorexie comme telle puisqu'en devenant de plus en plus isolée, la personne ne peut exprimer ce qu'elle ressent à qui que ce soit.

À ce sujet, la littérature mentionne les conséquences psychologiques et comportementales de la malnutrition volontaire. Il y a notamment un changement au niveau émotionnel se reflétant par des variations de l'humeur, de l'anxiété, de l'irritabilité et de la dépression. Il n'est pas ici question de difficultés à exprimer ses émotions mais par contre l'irritabilité et des comportements dépressifs ne facilitent en rien l'expression émotive. Il découle d'une certaine logique que si des difficultés au niveau de l'expression de sentiments et émotions est présente, il est probable qu'au niveau sexuel, cela se reflète aussi.

Les femmes ayant souffert d'anorexie conservent certaines séquelles et ce, non seulement au niveau sexuel. Elles savent toutes de quelle manière éviter l'introspection qui pourrait être douloureuse. Ce qui pousse à croire qu'elles n'ont pas de difficultés à ressentir ou identifier l'émotion, mais elles ne savent pas l'exprimer d'une manière adéquate aux autres. Et ce, en plus de ne pas vouloir montrer des signes de faiblesse. Elles expriment ce qu'elles vivent par des troubles d'anorexie récurrents comme Sophie ou par des sanglots démesurés comme le fait Christine.

D'autres types de réactions extrêmes existent sans doute, lesquelles n'ont pas été répertoriées vu les limites déjà mentionnées de cette étude en ce qui à trait au nombre de sujets observés.

Bien que ce ne soit que de façon partielle, on rapporte aussi dans la littérature consultée la difficulté à gérer la colère et les conflits. Les auteurs parlaient de la difficulté de la personne anorexique à exprimer ses sentiments dans sa famille et à se distinguer en tant qu'individu dans celle-ci. Ou encore, dans la famille, il arrive que les individus gèrent mal leurs impulsions et qu'ils soient changeants dans l'expression de leurs sentiments. Il se peut donc que la difficulté à exprimer ses sentiments et émotions aient été apprises par imitation. Si dans une famille les gens n'expriment pas et/ou ne permettent pas l'expression des sentiments de colère, d'irritation, l'enfant issu de cette famille n'apprend pas à les exprimer non plus. En plus, une émotion n'est pas quelque chose qui est facile à contrôler à tout coup. Il est possible que les personnes ayant souffert d'anorexie se sentent désemparées lorsqu'elles n'ont pas tout le contrôle qu'elles désirent sur les émotions vécues. Par exemple, si une situation particulière leur fait de la peine énormément alors qu'elles croyaient que cela les laisserait indifférentes, elles ne savent comment réagir et à la longue, elles flanchent.

En creusant un peu plus, on comprend que ce qui ressort ici, ce n'est pas simplement la difficulté de communication mais aussi le désir de contrôle qui est très fort.

Nos cas aiment que les choses marchent à leur manière et n'apprécient pas qu'on leur dise quoi faire et comment. Elles détestent le contrôle extérieur mais cherchent à contrôler. Les lectures faites sur l'anorexie ne présentaient pas directement les manières de contrôler des femmes atteintes. Par contre, on mentionne qu'elles ont de la difficulté au niveau des relations amoureuses hétérosexuelles. On peut supposer qu'entrer en relation avec un homme implique inévitablement la communication en plus de tous les aspects séduction, féminité, attirance sexuelle et relations sexuelles. Elles voudraient garder le contrôle de tous ces aspects mais c'est parfois impossible. À un certain degré, le contrôle ne pourrait-il pas être une lacune dans l'expression émotionnelle ?

Nous avons lu que les attitudes des personnes anorexiques face à l'amour et la sexualité étaient des attitudes de possessivité et de dépendance. Ces femmes ont une approche face à l'amour qui est davantage une sorte de jeu. Pour B. M, B. S, D. S, il s'agit d'une forme de contrôle mais aussi de possessivité. Et elles ont une certaine dépendance face à leur partenaires, cependant elles sont incapables de le leur avouer, n'oublions pas que ce serait pour elles dévoiler une faille, une faiblesse.

Selon FREUD (citer par C. SAVINAUD, F. BETOURNE. 2004. P. 120)⁶³² que dans la psyché, seule la sensation de déplaisir est insistante et nécessite un mode de décharge.

La sublimation restaure un lien d'intimité menacé par l'altérité fondamentale, toujours source de frustration. Par réflexion réciproque dans l'investissement déssexualisé, un narcissisme secondaire se constitue par l'introjection des traits d'identifications provenant de l'objet, associés à la reconnaissance du Sujet identifiant (saisi comme image dans sa fonction identifiante). Nous laissons pour plus tard la question de ce qui échappe à ce processus narcissique, soit la souffrance qu'entraîne la sublimation de ne pouvoir dire tout de l'objet, des limites et insuffisances du MOI à le concevoir, mais aussi du sentiment d'aliénation à l'objet sublimatoire, auquel le sujet se sent réductible et donc la revendication d'un être du Sujet qui échappe à toute objectalisation.

La déssexualisation procède par retrait d'investissement de l'objet : elle semble ajourner la satisfaction sexuelle, tout en sacrifiant aux impératifs du ça qui viserait la satisfaction immédiate au prix de la destruction pure et simple de l'objet et du MOI. L'érotique génitale se trouve contrainte à renoncer à sa réalisation par la pulsion sadique qui loge dans le SURMOI.

⁶³² Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE. 2004. *Fondations subjectives de la pensée: avec un index du concept de pensée chez Lacan*. Editions L'HARMATTAN, pp. 113-133. P. 120.

Le MOI se propose comme objet sacrificiel de l'interdit pour mieux triompher du dictat surmoïque : donner à l'autre l'illusion d'une conformité des visées instinctuelles à la morale. Nous nous trouvons devant ce paradoxe d'un ça, siège des instincts de mort, visant à détruire tout ce qui empêche l'aboutissement de la vie, la fin mortelle, contre un EROS conservateur et pacificateur.

Au plan le plus secret de l'anorexique se trouverait la satisfaction qui est apportée par la non satisfaction. Car résultant d'un contrôle sur le corps. KESTEMBERG⁶³³ dit que « *cette organisation particulière rassemble en effet une mégalomanie secrète constamment agissante à l'ombre de l'état pitoyable du corps malmené, dont le plaisir se concentre dans l'ivresse muette de la faim recherchée, pourchassée et retrouvée mais se ramifie aussi dans le vertige de la domination de la bête [le corps] par le cavalier* ». On observe donc l'importance des sensations. Ce recours aux sensations est une sorte d'érotisme primaire narcissique, c'est à dire le conflit narcissico-objetal qui est à la base du travail identificatoire. Le besoin objectal est avivé par une oralité envieuse qui est ressentie comme une menace pour le narcissisme. Ainsi, l'anorexique **dénie la dépendance à tout investissement d'objet**. Elle s'installe alors dans une dépendance à ce déni non sous la forme de pensée et d'émotion mais sous la forme de sensation de faim, véritable objet de substitution représentant pour JEAMMET⁶³⁴ un aménagement de type pervers dans la relation. Par cette sensation intra – corporelle, nos adolescentes anorexiques objet d'étude n'ont besoin de rien et se sentent omnipotentes.

Le conflit lié à la dépendance constaté chez l'ensemble des cas, se déplace sur l'aliment et prend la faim comme enjeu. Il s'agit d'une véritable conduite d'auto sabotage non seulement des besoins physiologiques mais aussi des capacités d'élaboration psychique.

Il a été rapporté que les femmes anorexiques en couple veulent inconsciemment exercer le contrôle sur le partenaire. Ce désir de contrôler peut même être généralisé dans tous les détails de la vie quotidienne.

Le discours de B. N, est rempli de contradictions dont elle ne se rend pas compte. Elle semble souvent dire tout noir ou tout blanc, le gris n'existe pas pour elle. Son discours change d'une semaine à l'autre et elle apparaît donc très instable. Il a été mentionné précédemment que les variations de l'humeur, l'irritabilité et les tendances dépressives sont des conséquences de la malnutrition chez les anorexiques. Dans le cas de B. N, cela semble être constamment présent. En se rendant compte de certaines contradictions, elle est portée à être plus attentive à son propre discours.

633

634

La féminité, ou plutôt son absence dans leur apparence, est un facteur qui a été ressorti chez les six jeunes femmes vues. En effet, presque tout les cas n'étaient pas féminines dans leur habillement, leur coiffure ou encore leur manière de marcher, à l'exception de B. N et B. A. R, qui étaient gracieuses. B. S et D. S ne sont pas féminines et ne veulent pas l'être ou le devenir puisqu'elles auraient voulu être le garçon que respectivement le père ou la mère souhaitait comme enfant. Donc adopter des vêtements, une coiffure et des comportements davantage féminins signifie pour elles de devenir une femme, une vraie, et mettre une croix sur l'espoir qu'un jour son père ou mère s'intéressera à elles. Dans le cas de B. N et B. A. R, elles aimeraient paraître plus féminines mais semble rejeter tout ce qui est féminin comme les robes, jupes, maquillage, lingerie. Par contre quand elle fait des efforts et qu'elle revêt des vêtements plus féminins, elle aime les compliments qu'elle reçoit mais quand elle en reçoit trop, elle se dépêche d'enlever tout ceci et de remettre ses pantalons. D. S, par contre dans une tentative d'être féminine, avait été objet de commentaire de la part de son père, mais qui ne semblaient pas trop la gêner.

Physiquement, nos cas, ne veulent pas montrer qu'elles sont des femmes. Elles s'arrangent pour que les gens ne les voient pas comme féminines même si une certaine relativité accompagne la féminité. À la limite, elles sont tellement entourées de jeunes femmes plus féminines qu'elles, qu'elles semblent vouloir être perçues comme vraiment différentes de toutes les autres femmes.

Plusieurs auteurs ont mentionné que les femmes portent le fardeau d'une certaine pression sociale les conduisant à adhérer aux stéréotypes de la féminité, pour en refléter l'image souhaitée. Des facteurs tels que la minceur, la beauté, la mode sont constamment reflétés aux femmes pour leur dicter la manière d'être. Donc l'anorexie peut être en quelque sorte le symptôme d'une peur de devenir femme, et de la féminité évidente que cela comporte: les seins, les courbes du corps, la reproduction ou encore une peur de vieillir. Les lectures faites ne traitent pas directement de la féminité, de ce qu'elle est, ce qu'elle représente ou de son importance. Une recherche d'articles à ce sujet serait ultérieurement aidant.

Ce qui a été consulté, consiste plutôt en une banque d'hypothèses à propos de la relation entre les stéréotypes de rôles et l'anorexie. Certaines personnes semblent plus à risques de développer des troubles alimentaires comme l'anorexie: les femmes adoptant le rôle traditionnel féminin, les individus qui mettent l'accent sur l'importance de l'attraction physique, les femmes percevant une différence entre leur socialisation féminine et les demandes sociales qui leur sont faites. Les femmes qui désirent exceller dans tous leurs rôles seraient également plus à risques. Comme on parle de stéréotypes de rôles, une partie de ceci rejoint l'aspect féminité.

Le degré de féminité de la mère des jeunes femmes et les caractéristiques qu'elles considèrent féminines, autres que physiques, n'ont cependant pas assez été explorées.

La période de la puberté est un moment propice pour développer l'anorexie. Nos cas ont développé leur trouble anorexique peu de temps avant ou après la puberté. La puberté semble avoir affecté davantage K. R que le reste des cas. Tous les cas présentés préfèrent ne pas avoir l'air féminin et demeurer prépubère, cependant seule K. R a développé une aménorrhée. Pour D. S, c'est plus la transformation corporelle qui semble avoir eu un impact.

Elle se masturbait avant la puberté et a cessé lorsque l'anorexie a commencé. Elle n'a jamais recommencé par la suite. La littérature mentionne que les adolescents sont très sensibles aux changements physiques qui s'opèrent en eux car l'image de soi est en partie façonnée par l'image corporelle.

Pour certains auteurs, la croyance que la puberté est un élément déclencheur dans l'anorexie s'expliquait par le fait que le trouble débute souvent après la première menstruation, le développement mammaire et la pilosité. Ultérieurement, ces jeunes femmes rejettent l'inévitable, c'est-à-dire devenir mature sexuellement. Pour que le développement des caractéristiques sexuelles féminines se fasse, un minimum de tissus adipeux est nécessaire. Or si la jeune femme est dégoûtée par le corps féminin en développement à l'adolescence, en perdant du poids, elle élimine toutes ses caractéristiques sexuelles et se protège ainsi du monde des adultes. Il semble que ce soit exactement ce qui est arrivé au cas objet d'étude. À ce moment précis de leur vie, elles ne reconnaissaient plus leur corps, ce corps qu'elles avaient apprivoisé et qui leur donnait un certain plaisir. Elles se sont alors complètement détachées de lui en faisant vraiment une coupure entre leur tête et le reste de leur corps

2.b. Facteurs relationnels

Dans les facteurs relationnels, nous présenterons la relation avec le père, la relation avec la mère, la relation avec la fratrie et les relations sociales. En d'autres termes, il s'agit de la relation avec la famille et les relations en dehors de celle-ci.

La littérature mentionne qu'une des causes qui revient souvent a trait à la famille. Des antécédents familiaux d'obésité, de troubles du comportement alimentaire ou de préoccupations pondérales peuvent être des facteurs fragilisants. La lecture psychanalytique mentionne que les jeunes femmes ont été incapables de se séparer psychologiquement de leur mère et affirme qu'il y a une absence d'autonomie des individus dans la famille. Bien que l'on puisse décrire certains critères des familles types des anorexiques, il n'y a aucun patron universel contrairement à ce qu'on croyait il y a quelques années. D'autres auteurs mentionnent qu'on peut distinguer deux

types de mère chez les anorexiques, une mère contrôlante, protectrice avec une personnalité rigide et qui porte un intérêt excessif quant à l'aspect physique de sa fille ainsi qu'à sa réussite scolaire et sociale. Deuxièmement, on identifie la mère superwoman qui réussit tout tellement bien, qu'elle devient un modèle inaccessible pour sa fille. On mentionnait aussi que le père est souvent effacé et permissif. Il aurait une peur physique de sa fille qui se transforme en femme et il ne sait pas comment réagir en plus de refuser sa féminité adulte.

Il ne s'agit du genre de mère de B. M, B. S, D. S, et B. N, Cependant, les mères de B. A. R et K. R n'étaient-elles pas un brin superwoman, avec respectivement, son travail prenant à l'extérieur, ses visites de courtoisie leurs enfants et l'entretien de la. Ce qui était très caractéristique pour les mères de K. R et B. S, ces deux mères avaient des problèmes de poids, et avaient suivie un régime. Il a été mentionné que des antécédents de problèmes de poids et de trouble du comportement alimentaire au niveau familial pouvaient favoriser l'apparition de l'anorexie. Cependant, rien dans la littérature consultée ne mentionne les répercussions au niveau psychologique, au niveau de l'image corporelle et au niveau de la perception de soi du fait d'avoir eu une mère qui a été toute sa vie au régime. Pour B. S, il y avait sa soeur qui était à la prise avec des problèmes de poids en plus de la mère.

Il semble que ceci ait un impact majeur sur la manière de concevoir le poids et son importance pour ces jeunes filles. En plus, K. R et B. S ne voulaient pas avoir à vivre la même chose que leurs mères et sa sœur, c'est pourtant ce qu'elle a vécu dans son épisode d'anorexie. Les filles n'entretiennent pas une très bonne relation avec leur mère, aussi nos lectures ne nous ont pas permis de trouver de l'information quant à la relation mère fille des anorexiques.

Cependant, les auteurs BELL, (1994)⁶³⁵ ; WIEDERMANN, (1996)⁶³⁶ s'entendent pour dire que le milieu familial et ce qu'il apporte sont déterminants dans le développement psychosexuel d'un enfant et par le fait même, dans le développement de l'anorexie.

Les mères de B. R. A, K. R, B. M, B. S, D. S ont été des mères très peu présente dans la vie de leurs filles. Elles prodiguaient les soins essentiels mais sans plus. Avec une alternance entre absence et présence physique, la mère de D. S n'a pratiquement jamais été en contact avec elle et surtout, ne lui a jamais démontré de quelques façons que ce soit de l'amour ou de l'affection.

⁶³⁵ BELL, R. 1994. *L'anorexie sainte : Jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Presses universitaires de France, 307 p.

⁶³⁶ WIEDERMAN, M. W. 1996. Women, Sex, and Dood: A Review of Research on Eating Disorders and Sexuality. *Journal of Sex Research*, vol. 33, no 4, p. 301-311.

Les auteurs tels que MONTAGU, (1979)⁶³⁷ qui ont à coeur le sain développement de l'enfant, s'entendent pour dire que le toucher, dès la naissance, est extrêmement important. La peau, étant le plus imposant organe humain, reçoit une multitude de messages lorsqu'il est touché. Par contre, lorsqu'il est ignoré il comprend qu'il a peu d'importance. Nos cas ont exprimé le manque qu'elles ressentaient à ce niveau. B. M, B. A. R, D. S, K. R, B. S, n'ont aucun souvenir de contact étroit avec leurs mères. Ni caresse, ni baiser, ni toucher d'encouragement, rien.

L'approche analytique explique : L'enfant a besoin de reconnaître et d'être reconnu. Tous les sens (et particulièrement la vue et le toucher) sont impliqués dans cette reconnaissance. C'est à travers ces modes de communication que l'enfant trouve sa sécurité émotionnelle; d'où l'importance d'une relation symbiotique adéquate. Lorsqu'il y a une carence au niveau symbiotique, il peut s'ensuivre des problèmes graves pour l'enfant. Une carence (...) peut aussi hypothéquer les capacités hédoniques, c'est-à-dire l'aptitude à éprouver du plaisir. Par ailleurs, l'enfant privé d'un lien symbiotique adéquat est probablement plus susceptible de développer une attitude de méfiance (CREPAULT, 1986, p. 33-34.)⁶³⁸.

De plus, D. S, B. A. R et K. R, ont toujours entretenu le souvenir de leurs mères comme étant une femme, insatisfaite de sa vie et de son corps. Très petites elles voyaient leurs mères se regarder dans la glace et elles l'entendaient se déprécier. Elles critiquaient leurs apparences et leurs physiques.

Le père permissif et effacé serait plus le style du père de tous nos cas. Pour le père de K. R et de B. N Étant donné qu'ils ne s'intéressent pas aux enfants, vu leurs obligations professionnelles, elles n'avaient aucune relation avec eux.

Comme nous l'avons vu dans l'étiologie de l'anorexie, leur refus de manger a même été une ultime tentative d'obtention d'attention. Elles auraient voulu qu'ils s'inquiètent pour elles, pour K. R l'anorexie en plus de son utilisation pour attirer l'attention elle l'utilisait comme moyen pour rétablir les liens entre ses parents. Il est possible que les pères aient une peur physique de leurs filles comme il est mentionné un peu plus haut, et que ceci les empêche d'établir avec elles une relation. Tout nos cas ont simplement un grand besoin de l'amour de leurs pères. Nous avons vu que la jeune fille a beaucoup besoin d'être aimée pour qui elle est, comme personne et non d'être aimée pour ce qu'elle fait, ce qu'elle accomplit, même si son comportement laisse croire le contraire.

⁶³⁷ MONTAGU, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Paris : Édition du Seuil, 219 p.

⁶³⁸ CREPAULT, C. 1986, 1986. *Proto féminité et développement sexuel : essai sur l'ontogenèse sexuelle et ses vicissitudes*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 183 p. p. 33-34.

Les pères de B. S, D. S, B. M, quant à eux, ont joué un rôle beaucoup plus discret dans leur éducation mais ils étaient perçus comme des personnes plus stables et réconfortantes. Elles décrivent leurs pères comme ayant toujours été des hommes respectés et respectables. Elles les ont toujours trouvés très beaux et très intelligents. Elles soulignent l'importance du rôle que leurs pères ont pu jouer au niveau de leur santé psychique et dans l'expression de leurs féminités. D. S, K. R et B. S ont besoin que leurs pères les aiment comme leur fille et non comme l'enfant de sexe féminin qui est né à la place du fils qu'ils voulaient.

On peut penser que les jeunes femmes n'intègrent pas leur maturation sexuelle dans la relation avec le père et les hommes en général, car elles se sentent plus en sécurité en niant leur appétit sexuel et en s'abstenant de toute activité sexuelle.

Il semble que la relation des filles anorexiques avec leur père ait une très grande signification à travers la maladie et ce qui s'en suit.

Ces sujets anorexiques tentent de s'affranchir de leur corps réel en vue d'une "seconde naissance", où le Père en tant que donneur de lois n'aurait aucun rôle. Aussi il faut parler d'une identification au père dans nos cas, puisque le père n'est nullement terme d'une identification mais condition du symbolisme à travers lequel ces sujets s'expriment. En fait, il nous fait comprendre que la mère, annulée dans l'ordre symbolique, n'en continue pas moins à agir dans l'ordre du réel ou du vécu.

Ces patientes anorexiques ont faim de tendresse, de volupté, non de phallus, grâce au neutre. L'identification de ces filles avec leurs pères se fait par refoulement du choix homosexuel.

En ce qui a trait à la fratrie, B. A. R s'entend très bien avec sa sœur, alors que D. S, déteste son frère cadet, qu'elle considère comme rivale, quoi qu'elle soit une deuxième mère pour son frère benjamin et sa petite sœur, tandis que B. S, est jalouse de sa sœur, et se montre vorace par rapport à tout ce qu'elle achète. Rien dans les ouvrages consultés ne mentionnait de détails concernant la relation des jeunes filles anorexiques avec leurs frères et soeurs, mis à part les antécédents familiaux de problèmes de poids et de troubles dépressifs ou alimentaires.

La fratrie est pourtant une partie importante de la vie d'une personne surtout lorsque celle-ci grandit avec elle, ce qui se vérifie le plus souvent.

En s'intéressant aux relations sociales maintenant, on s'aperçoit que ce qui a été rencontré dans la littérature est également ce qui a été rencontré en entrevue. Les écrits mentionnaient que la jeune fille réussit habituellement bien au niveau académique mais qu'elle restreint de plus en plus ses contacts sociaux pour se retirer éventuellement de toute activité sociale. L'ensemble des cas présentés était assez isolé socialement mise à part de leur copain

ou fiancé, concernant le cas de D. S, B. S. alors que B. R. A, fréquente deux amies de l'université et B. N se confie à sa cousine B. M, ne désire pas fréquenter ou se révéler à ses collègues, camarades de classes. Toutes les six désirent garder leur vie privée. Nous avons l'impression que se répercutent ici les difficultés des anorexiques à entrer en relation avec les autres et ce, non seulement à cause de leur fort esprit de compétition mais leur désir de toujours être différentes des autres et surtout montrer qu'elles n'ont pas besoin des autres. Ceci reflète assez bien des pensées profondes et parfois même inconscientes des cas.

On ajoutait que c'est parfois l'apparence physique et l'attitude intransigeante et perfectionniste de la personne anorexique qui éloigne graduellement les gens qui l'entourent. Est-ce fait de manière consciente ou inconsciente ? Il n'y avait aucune mention à ce sujet dans la littérature consultée. Dans les six cas cliniques présentés, il est difficile de confirmer ou infirmer la phrase précédente.

Or c'est bien là que se situe le problème soulevé par l'anorexie: les rapports humains ne sont conçus qu'en fonction des besoins primaires, hors du symbolique, hors de l'imaginaire. L'absence du symbolique n'entraîne pas forcément un arrêt de la vie, mais elle coupe la parole.

« *Comme s'il y avait un monde fermé, auto-érotique, privilégiant d'une façon illusoire cette dimension de la jouissance sans tenir compte de la parole.* » (BOURCILLIER. P. 2007. P. 179. P225)⁶³⁹ Or l'imaginaire ne peut s'exprimer dans le réel que par la voie/voix du symbolique, c'est-à-dire du langage.

Le raptus alimentaire rend compte de la spécificité du désir addictif et de sa signification régressive et autoérotique, compensatoire de frustrations par un plaisir mêlé d'effroi et de dégoût, qui exclut l'Autre.

2.b. 1. Le comportement auto suffisant :

Comment ne pas reconnaître dans cet ouvrage le dilemme dans lequel est enfermé tout sujet anorexique ? Loin de cumuler masculinité et féminité comme l'hermaphrodite, celui-ci est combattu, divisé; il oscille entre deux mouvements divergents: la revendication d'autonomisation, voire d'autosuffisance, et le conformisme qui le porte à adopter l'impératif des modes en manière d'identité, toujours désespérément autre à défaut d'être soi, suspendu entre le je et le moi, l'illusion dont il est le jouet étant celle d'être le même que le désir de l'autre. Le fantasme du retour à l'origine et celle de la renaissance sont à cet égard significatives: c'est une demande régressive, celle de correspondre au désir de la mère, au

⁶³⁹ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P. 179. P225

détriment du désir propre; c'est accepter de ne pas goûter le fruit défendu, opter en partie pour l'obéissance. Cette régression est l'une des clés du drame anorexique: le sujet tente de découvrir le mystère de l'existence non pas en avançant vers un but mais en faisant retour à l'Origine, c'est-à-dire à ce temps archaïque d'avant le langage, d'avant la distinction du Même et de l'Autre.

Le refus de la réalité, l'idée que les frontières de la sexualité biologico- morphologique puissent être "dépassées", le sentiment que le rôle assigné à chacun par les lois naturelles et par les pressions de la société constitue le véritable martyr n'est pas révélateur de quelque chose de nouveau.

2.c. Facteurs liés à la sexualité

Les facteurs présentés maintenant seront l'ignorance en matière de sexualité, l'attirance sexuelle, la fréquentation des garçons, les agressions à caractère.

Il est toujours fascinant de constater à quel point les gens sont parfois ignorants en matière de sexualité mais en ce qui concerne les personnes ayant souffert d'anorexie, c'est doublement surprenant.

La littérature mentionne qu'on retrouve habituellement de la naïveté en ce qui concerne la sexualité chez les jeunes femmes anorexiques. Dans un même ordre d'idées, si une partie de l'anorexie est liée à la peur de vieillir, de devenir femme et mature sexuellement, il serait logique que les jeunes filles ne cherchent pas à en apprendre sur le sujet. Ce serait créer beaucoup trop d'anxiété pour rien, car pour elles c'est très apeurant la sexualité. Certains auteurs sont d'avis que les personnes qui ont souffert d'anorexie étaient en général normales au niveau psychosexuel avant leur maladie et c'est vrai pour **D. S.**, qui a développé l'anorexie au début de l'adolescence mais qui avant se masturbait.

D. S., explique qu'elle arrivait à palper l'excitation de l'autre et que ceci la valorisait. Elle se sentait belle, uniquement à travers son regard et utilisait, en quelque sorte, le désir de son partenaire dans un but narcissique. Comme le mentionnent certains auteurs BRUSSET, (1977)⁶⁴⁰; WIEDERMAN, (1996)⁶⁴¹, la plupart des filles anorexiques qui ont des activités sexuelles, le font sans implication émotionnelle et corporelle et elles ne semblent pas y trouver de satisfaction ou de plaisir spécifique. **S.** avait des relations sexuelles parce qu'elle se sentait désirée.

⁶⁴⁰ BRUSSET, B. 1977. *L'assiette et le miroir*. Paris : Édition Privat, 274 p.

⁶⁴¹ WIEDERMAN, M. W. 1996. Women, Sex, and Dood: A Review of Research on Eating Disorders and Sexuality. *Journal of Sex Research*, vol. 33, no 4, p. 301-311.

⁶⁴²DOUGALL a parlé de processus masturbatoire dont elle décrit deux versants: un acte et un fantasme qui peuvent trouver des destins différents dans la vie psychique. L'adolescent qui se masturbe introjecte une image de la scène primitive dans laquelle par son acte il peut être père et mère à la fois. Le processus masturbatoire réalise l'illusion bisexuelle sous la forme de l'idéal hermaphrodite.

En se masturbant, D. S, contrôle magiquement ses parents et nie ainsi le danger de castration. L'acte et le fantasme masturbatoire sont donc le lieu d'un désir interdit et entraînant un sentiment de culpabilité, de honte, et d'anxiété. La masturbation est alors vécue par le Moi comme une préparation à assumer le rôle de partenaire sexuel, ce qui lui donne une valeur positive. LAUFFER (Citer par J. Mac DOUGALL, 1996. pp. 199-200.)⁶⁴³ a décrit le « *fantasme masturbatoire central* », fantasme constitué des différentes satisfactions agressives et des principales identifications sexuelles

KLEIN en 1927 dans un article « *contribution à la psychogénèse des tics* », et montre combien la suppression radicale de la masturbation à entraîner chez un préadolescent en plus d'une grande inhibition intellectuelle et des relations sociales l'apparition d'un tic important et gênant, comme il a été constaté chez D. S. En effet, chez cette patiente l'acte masturbatoire a été réprimé, le fantasme n'a plus d'issue corporelle. La libido, l'énergie agressive qui aurait pu être déchargée dans l'acte peuvent dans de telles conditions infiltrer les activités du Moi et altérer leur développement. LAUFFER (Citer par J. Mac DOUGALL, 1996. pp. 199-200.)⁶⁴⁴ a lui montré que dans le traitement d'adolescents présentant « *un effondrement psychique* », la masturbation est ressentie comme quelque chose de profondément angoissant, vécu comme une véritable effraction et une menace pour leur Moi.

Ses distorsions cognitives lui faisaient croire qu'elle était désirable à cause de son poids et de l'apparence que cette cachexie lui donnait. Cette fausse impression devenait alors une motivation additionnelle pour maintenir son poids au minimum. Être désiré devenait donc un puissant moteur pour tenter de rechercher une certaine perfection corporelle par un amaigrissement démesuré.

D'autres auteurs ont remarqué que les femmes ayant souffert d'anorexie ignoraient plusieurs notions de base de la sexualité et considéraient leur propre nudité comme déconcertante. Leur avis est que l'aversion sexuelle qui est parfois rencontrée est en partie due à leur ignorance en la matière. Ce qui a été rencontré chez B. M.

⁶⁴² J. Mac DOUGALL, 1996, *Eros aux mille et un visages*, Edition Gallimard, Paris, pp. 199-200.

⁶⁴³ J. Mac DOUGALL, 1996, *Eros aux mille et un visages*, Edition Gallimard, Paris, pp. 199-200.

⁶⁴⁴ J. Mac DOUGALL, 1996, *Eros aux mille et un visages*, Edition Gallimard, Paris, pp. 199-200.

Il a été possible de remarquer chez les six cas cliniques une insatisfaction corporelle marquée et constante. Elles sont loin d'être à l'aise avec leur corps, ne le regardent pas d'une manière sexuelle et ne le touchent surtout pas. Les six jeunes filles ne se trouvent pas attirantes sexuellement pour diverses raisons.

Les distorsions qu'elles ont au niveau de leur image sont très caractéristiques des personnes anorexiques et la littérature ne manque pas de dire que ceci peut durer bien après que l'épisode d'anorexie soit terminé. Cela pourrait être considéré comme le symptôme le plus tenace de la maladie. Toutes les adolescentes vues ont beaucoup de difficultés avec tout ce qui entoure l'image corporelle.

Les écrits variés sur l'anorexie ne se gênent pas pour dire que l'idéalisation de la minceur résulte, chez les femmes, en une insatisfaction presque constante face à leur poids et leur corps. On dit que si la jeune fille est incapable d'accepter son corps en transformations et de développer de la confiance en se sentant attirante et femme, alors elle expérimentera du doute quant à son attirance, et de la dépréciation. Ceci entraîne un rejet de soi quasi total qui fait que la personne ne s'engage pas non plus dans une sexualité auto-érotique. Lorsqu'une jeune fille se fait maigrir jusqu'au point que ses caractéristiques sexuelles primaires et secondaires n'apparaissent plus, ne s'arrange-t-elle pas pour ne pas être attirante sexuellement?

C'est un peu ce que vit l'ensemble des cas présenté, elles ne se trouvent pas attirantes sexuellement quand leur corps n'est pas mince comme elles le voudraient. Mais physiquement elles ne seront pas plus attirantes sexuellement en étant extrêmement amaigrie. Nous sommes conscients que la personne ne se trouve pas attirante non plus parce qu'elle manque d'estime d'elle-même, mais il n'existe aucun manuel pour développer une confiance et soi et en son attirance sexuelle.

Comme le mentionnent certains auteurs, la perception qu'elles ont d'être relativement peu attirante sexuellement est peut-être réaliste, étant donné leur degré d'amaigrissement et leur libido habituellement faible. Certaines hypothèses expliquent que l'aspect de l'attirance physique est extrêmement important pour la femme dans notre société et que les recherches indiquent que le poids et la forme du corps sont des facteurs centraux dans l'évaluation que font les femmes de leur propre attirance physique. Nul besoin de mentionner que c'est un peu de cette manière que les six cas évaluent leur degré d'attirance sexuelle. Même si la relation entre l'image du corps et la sexualité semble évidente, il y a peu de recherches sur l'interrelation de ces deux domaines.

Comparativement aux femmes boulimiques, les anorexiques sont plus rarement en relation avec quelqu'un. De plus, il a été observé que les femmes souffrant d'anorexie

restrictive étaient moins susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles et que leur première relation amoureuse avec une autre personne et leur premier coït se faisait à un âge plus avancé que les femmes souffrant de d'anorexie boulimique.

Il a été présenté plus tôt que B. N a vécu une agression à caractère sexuel, elle raconte qu'elle a accepté d'avoir relation amoureuse plus par désir de conformité (par rapport aux filles de son entourage), que par intérêt pour la sexualité. Et K. R a assisté à une scène de tentative de viol. La recherche au niveau du lien entre l'anorexie et les agressions sexuelles est en plein essor. Les recherches tendent à démontrer qu'un taux élevé de personnes souffrant d'anorexie ont vécu des abus sexuels divers, parfois dans l'enfance et parfois plus tard. Et généralement, les agressions ou abus dont il est question sont antérieurs au trouble de l'alimentation. Il est important de mentionner également que ce ne sont pas toutes les personnes atteintes d'anorexie qui ont une problématique d'abus sexuels.

Chez B. N et K. R, aucun abus ou agression au plan sexuel n'a précédé la crise initiale d'anorexie. Ils sont survenus bien plus tard. Il est impossible de nier sa réaction initiale après les agressions : un épisode d'anorexie. Bien que les événements soient assez bouleversants, il n'est pas surprenant que ces deux cas réagissent de la sorte car c'est de cette manière qu'elles réagissent à chaque événement qui est trop émotif pour elles. Leur épisode d'anorexie suite aux agressions constitue, en quelque sorte, un désir de rejeter ce qui est arrivé. Il s'agit peut-être même d'un désir de ne plus paraître du tout attirante, pour éviter que cela se reproduise de nouveau.

Après quoi, il est important de marquer la liaison essentielle du plaisir du sexe et de la bouche en particulier avec la répétition du traumatisme de l'éviction. Quand un enfant est abandonné et privé d'affection, il finit par considérer son propre corps comme le seul objet explorable dans le monde.

La présence, c'est le corps; le narcissisme s'achève dans l'auto-érotisme. René CREVEL (1974, p. 119)⁶⁴⁵ n'a pas ignoré l'intérêt et « *la jouissance égoïste* » qu'on peut éprouver à voir, à sentir son propre corps comme à la fois sien et étranger.

La figure des mères de l'ensemble des cas, se présente comme une imago archaïque omnipotente, terrifiante, et au pouvoir déssexualisant. Terreur et fascination, tout est serré dans le même noeud. Ces mères interdisent la sexualité, mais en plus donnent une image effrayante de cette dernière, il s'agit là d'une peur de la mère, qui ne sait pas séparer son corps du corps de son enfant. Ce qui n'est pas sans nous rappeler les observations des auteurs italiens

⁶⁴⁵ R. CREVEL, 1974, *Mon corps et moi*, Livre de Poche, p. 119.

CARLONI et NOBILI (1975 P. 105)⁶⁴⁶ sur les pulsions cannibales des parents « *qui dévorent littéralement l'identité distincte de leur enfant* »

CETTE INSISTANCE DES PARENTS ET SPÉCIALEMENT CELLE DE LA MÈRE RÉVÈLE LE CONTRÔLE DU PLAISIR ET DE L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS DE MAÎTRISE ANALE.

2.c.1. La notion de contrôle

Les extraits des entrevues faites avec les cas objets d'étude à savoir : B.A. R, B. M, D. S, K. R et B. S, permettent de comprendre qu'elles ont probablement ressenti, depuis la petite enfance (0-6 ans), de l'abandon de la part de leurs mères qui ne comblaient pas leurs besoins.

Par la suite, ce pattern et la peur reliée au sentiment de se retrouver seule sont demeurés bien présent dans leur cheminement de vie.

Ce sentiment d'abandon les a amenés à se méfier d'autrui. Cependant, elles précisent à plusieurs reprises au cours des entrevues qu'elles se méfient systématiquement des gens qu'elles rencontrent et n'accordent presque jamais leur confiance à une autre personne.

Par le fait même, elles luttent de toutes leurs forces contre une impression de vulnérabilité. Elles ont conscience d'avoir des limites et des faiblesses mais elles ne veulent, en aucun cas, ressentir ce sentiment. Il s'agit probablement d'un état qui leur fait vivre une intense insécurité.

Dans pratiquement tous les domaines de leur vie, elles exercent un contrôle sévère. Elles s'imposent des exigences qui demandent une attention de tous les instants et elles ne s'accordent aucun répit. Déjà, elles étaient de bonnes étudiantes à l'école et à l'université. Elles avaient de bonnes notes.

Donc, la relation avec l'anorexie est aisée à faire. Elles ont obligé leur corps à supporter le manque de nourriture. Elles l'ont vu maigrir et elles se sont perçues comme une meilleure personne parce qu'elles avaient, selon elles, une meilleure apparence. De ce fait, elles ont perçu qu'elles étaient en contrôle de soi et qu'elles obtenaient du succès dans leurs projets. Ce contrôle corporel, elles l'ont développé à plusieurs niveaux. Elles ont refusé à leur corps de ressentir quoi que ce soit. Elles l'ont bloqué, se sont coupées de toutes sensations.

Enfin, le fil conducteur de toute cette privation sensorielle semble être attribuable à un fonctionnement rationnel. Cette rationalité ne laisserait aucune place aux différents plaisirs possibles pour un être humain.

⁶⁴⁶ CARLONI Glauco et NOBILI Daniela, 1975, *La mauvaise mère*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Le refus de la satisfaction orale (et avec lui la dénégation de la faim) résulterait, par conséquent, du sentiment qu'une telle satisfaction va à l'encontre du besoin de sécurité, d'autodétermination et de contrôle de soi ; besoin qui peut se manifester, par ailleurs, sous forme d'avarice, solide rempart aux yeux d'aucuns sujets contre les dangers de la luxure et de la gourmandise.

2.c. 2. Image corporelle

L'image corporelle, c'est-à-dire la perception qu'une personne a de son propre corps, est une caractéristique fondamentale qui peut intervenir dans les relations avec autrui.

Nos cas n'ont jamais aimé leur corps. Durant elles ont essayé, tant bien que mal, de contrôler leur corps pour arriver à ressembler à ce qu'elles croyaient être la perfection. Pour ces cas, l'atteinte de la minceur (ou plutôt de la maigreur) et l'absence de formes féminines représentent l'ouverture sur un monde auquel elles croient ne pas avoir accès.

Ces se sentent peu attirantes et croit que leur corps a probablement peu d'intérêt pour les hommes. Elles se valorisent énormément à travers le regard des autres. B. R. A et B. N sont des femmes toujours bien mise. Leur désir de plaire s'étend jusqu'aux personnes de même sexe. Ainsi, le compliment d'une amie ou d'une collègue de travail les rassurera sur l'image qu'elles projettent d'elles-mêmes.

3. La vie fantasmatique et onirique

Dans la théorie analytique, la sexualité est vue comme étant essentiellement un construit psychique. Cela signifie, entre autres, que la force de la libido et les directions qu'elle prend dépendent principalement de leurs significations intrapsychiques.

Lorsqu'il n'y a pas d'anomalies organiques et c'est le cas chez la majorité des personnes, les pulsions sexuelles sont modulées et orientées par des facteurs d'ordre intrapsychique. Une prépondérance du psychique sur le biologique et le social est ainsi reconnue⁶⁴⁷.

La vision de cette approche cadre parfaitement dans l'histoire de vie de nos cas et dans leurs expériences. Effectivement, malgré la rigidité et le contrôle présent dans leur vie, un relâchement mental a lieu et les patientes sont capables de laisser aller le contrôle dans leurs fantasmes.

⁶⁴⁷CREPAULT, 1999, *Imaginaire et sexoanalyse : exploration de l'inconscient sexuel*. Montréal : Éditions I.R.I.S, 230 p. p. 17.

Selon CREPAULT (1999, p. 17.)⁶⁴⁸, « *les rêves et les fantasmes sexuels ne sont pas seulement porteurs de désirs* ». Il rajoute, que « *le contenu d'un rêve ou d'un fantasme érotique peut représenter une tentative de solution à un conflit sexuel* ».

Des symptômes, des comportements, des défenses :

1. L'échec de l'introjection (échec de la constitution de l'objet interne) pourrait être le mécanisme commun⁶⁴⁹ pour l'ensemble de nos cas.

Cette hypothèse a été le fil conducteur qui a été développé dans l'analyse des cas, présentés précédemment, d'où on suppose que certains des comportements et symptômes de ces patientes pourraient, à travers leurs discours, s'entendre comme des mécanismes défensifs.

Nos cas, à travers la kleptomanie, les préoccupations hypocondriaques, les signes d'alexithymie, et de somatisation, trichotillomanie, anorexie, insomnie, les multiples gestes auto agressifs, processus alternant anorexie et boulimie en seraient un exemple.

2. Un échec de l'identification

Ce qui est essentiel dans le triomphe de l'assomption de l'image du corps au miroir, c'est que tous les cas présentés ne sont pas portés pas leurs mères, dont le regard les regardent, se tourne vers elles pour leur demander d'authentifier leur découverte.

C'est la reconnaissance de leur mères qui d'un « c'est toi », donnera un « c'est moi ». Ce n'est jamais avec son propre œil que d'une manière générale, l'enfant se voit, mais avec l'œil de la personne qui l'aime ou le déteste. L'image du corps de l'enfant se fonde à partir de ce qui est amour de la mère et ordre du regard porté sur lui.

C'est là le champ de la narcissisation comme fondatrice de l'image du corps de l'enfant et de son statut narcissique à partir de ce qui est d'abord amour de la mère et ordre du regard porté sur l'enfant.

Pour que l'enfant puisse s'approprier cette image et l'intérioriser (Moi), il faut qu'il y ait une place dans le « grand Autre » (incarné par la mère). Le signe de reconnaissance de la mère va permettre la constitution de l'idéal du Moi ;

L'enfant s'aliène dans l'image qu'il veut donner à l'autre mais ne le sait pas ; ainsi prend forme la méconnaissance chronique de son Moi.

Il en est de même pour son désir, il ne pourra le repérer que dans le désir de l'Autre.

⁶⁴⁸ CREPAULT, 1999, *Imaginaire et sexoanalyse : exploration de l'inconscient sexuel*. Montréal : Éditions I.R.I.S, 230 p.p. 17.

⁶⁴⁹ FLAMENT, M. ; JEAMMET, P. 2000, *La boulimie, réalités et perspectives*, Paris, Masson.

Le stade du miroir est un carrefour structural qui commande l'identification de l'enfant à une image qui le forme mais qui l'aliène primordialement et le fait autre qu'il n'est, dans un transactivisme identificatoire dirigé sur autrui.

Il commande également l'agressivité de l'être humain qui doit gagner sa place sur l'autre sous peine d'être lui-même anéanti ainsi que la mise en place des objets du désir, dont le choix se réfère toujours à l'objet du désir de l'Autre.

La mise en place de l'Objet est dépendante du Moi. La libido narcissique qui séjourne dans le Moi s'étend vers l'Objet, de même que le Moi peut se prendre lui-même pour Objet.

Comme l'explique JEAMMET et BRUSSET, pour nos cas, on observe des défaillances dans les processus d'identification primaire mère/fille, marquée par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. C'est ce lien primaire de dépendance qui expliquerait les failles narcissiques observées chez ces jeunes patientes. Et ce sont ces failles qui seraient responsables de ces déformations de l'image du corps.

Chez l'ensemble des cas consultés, le corps est l'objet direct d'une haine. Un mauvais objet interne, une mauvaise mère persécutrice, est confondu avec le corps. Ce mauvais objet est lié à la représentation précoce mère- enfant. Il s'agit pour ces anorexiques de lutter contre la sensation de faim vécue comme un état de manque oral en raison de la dimension persécutive que prend l'incorporation de l'objet.

En en faisant un corps asexué sans désir, un corps qui témoigne de la mégalomanie de l'adolescente.

3. Des patientes dépendantes

Tout nos cas présentent une mauvaise estime de soi. Cette mauvaise estime de soi se traduit au travers d'attitude de dénigrement qu'elles éprouvent et par des sentiments comme le vide, le manque, l'inutilité, alternant avec des moments de colère et de rejet de toute satisfaction. Ce sentiment de dépréciation de soi-même viendrait répondre à l'impossibilité maternelle d'être présente et protectrice.

Les patientes restent prisonnières d'une image idéale d'elles-mêmes au point de s'en rendre impuissantes. Elles ont constamment besoin d'être rassuré par autrui dans une dépendance à laquelle elles ne peuvent échapper.

Cela renvoie aux conceptions des pathologies du narcissisme et dans le recours à la **projection** sur le corps.

A travers les entretiens présentés, il semblerait qu'il s'agisse là d'un style particulier inhérent au transfert.

En effet, ces patientes investissaient le cadre de manière obsessionnelle : présence ponctuelle et infaillible.

On pense qu'elles avaient mobilisé durant les séances beaucoup d'affects, elles investies ce cadre dans son pôle étayant par rapport en particulier à leur problématique de séparation, toujours très vive et anxiogène. Elles pouvaient alors commencer à utiliser le cadre comme une ressource à se représenter dans une certaine continuité, afin de compenser l'alternance de l'absence et la présence de l'objet primaire.

Le cadre représente non seulement le holding, les soins maternels mais également le travail du miroir, condition qui permet à la situation d'évoluer vers la symbolisation.

3. L'hyperactivité :

MOOREY (1991)⁶⁵⁰ a décrit plusieurs traits que l'on retrouve chez nos cas. Elles se décrivent sans cesse comme une personne extrêmement énergique, incapable de rester en place.

Cette dépense d'énergie s'exprimant par de l'hyperactivité se manifeste à l'école, au travail, lors des activités physiques et de loisirs ou même à la maison. Ces jeunes filles anorexiques dépensent énormément d'énergie et font beaucoup d'efforts pour s'étourdir et ne pas penser à leur obsession. Les filles souffrant d'anorexie sont d'ailleurs d'excellentes étudiantes qui ont régulièrement des notes bien au-dessus de la moyenne.

A ce stade, seul le corps devient apaisant, « rassurant ». Toutes les activités du corps sont vécues et racontées en termes de comportement machinal dans une dimension qui paraît toujours au bord d'une réduction à un plaisir d'organe, dont l'auto-érotisme serait le modèle. Le travail de la bouche et du sexe attestant la faim de tendresse, mais aussi la fin de toute illusion.

La recherche d'autonomie est également un signe distinctif associé à la problématique qui nous concerne. Le sentiment de ne rien devoir à personne et de pouvoir tout faire sans aide repousse les filles anorexiques dans un isolement non désiré. En fait, la maladie est une forme d'appel à l'aide mais leurs comportements les amènent sur des avenues complètement différentes de leur objectif premier. Pour tous nos cas, la vulnérabilité et le soutien d'un proche sont synonymes de faiblesse. En réalité, elles ont peur de compter sur une personne et que celle-ci finisse par disparaître ou les abandonne, ce qui serait la catastrophe. La quête d'amour et de tendresse maternelle qui caractérise l'histoire de nos cas permet de croire qu'elles ne sont plus en attente des autres. N'ayant pas obtenu ce dont elles avaient besoin étant enfant, elles ont plutôt évité les relations avec les personnes significatives. Comme le schéma est installé depuis plusieurs années déjà, il est difficile pour elles de faire autrement.

⁶⁵⁰MOOREY, J. 1991. *Living with Anorexia and Bulimia*. New York : Manchester University Press, 144 p.

4. Les sucreries et la potomanie :

Comme la plupart des anorexiques, faute de retrouver la chaleur du sein perdu (ou qui n'a pas existé), ces deux anorexiques à savoir : D. S et B. N, vouent du reste un véritable culte à la sucrerie, à tout ce qui est fondant (glaces, pâtisseries, chocolat)... outre que ces deux même cas ainsi que B. M, absorbent de grandes quantités de liquides (thé, café, bouillon,...), véritables rites d'ingestion qui sont à la fois des ordalies et des rites de purification.

Conclusion des entretiens :

À l'adolescence, la jeune fille se retrouve démunie devant cette période de questionnement identificatoire et les transformations/pubertaires de son corps qu'elle refuse. Dans ce contexte où les identités sont mal définies, elle se sent alors incapable de faire face aux nouvelles exigences d'adaptation. Les frontières Moi/ non Moi restent fragiles et floues, ce qui engendre une confusion des identités, une ambivalence interpersonnelle ainsi que des difficultés relationnelles.

Vu le défaut en soins primaires remarqué chez nos cas, elles n'ont pu s'identifier à une imago maternelle valorisante et sécurisante pour plus tard s'en détacher et devenir femmes elles-mêmes.

Il n'y avait pas de sécurité pour elles au sein de leur famille.

Aussi, dans un tel contexte, on ne s'étonnera pas qu'elle refuse obstinément de s'alimenter, prouvant par là même sa résistance et sa volonté de vivre, en faveur donc plus d'une pulsion de vie, que d'une pulsion de mort. Il ne s'agit pas de « se laisser aller » pour mourir, mais bien de résister à une torture insupportable.

Par ailleurs, les sujets objet d'étude sans exception, ne se résout pas malgré tout à rejeter leurs mères, dont elles restent fantasmatiquement très dépendantes, et elles déplacent son rejet sur la nourriture qui la symbolise.

En dernier, il est important de signaler que ces adolescentes éprouvent à l'égard de la mère, des sentiments clivés d'amour et d'agressivité très culpabilisés, agressivité qu'elle retourne contre elle-même sous une forme masochiste. La jeune fille ne ressent pas son corps comme lui appartenant et se vit comme un objet de complétude narcissique d'une mère omnipotente dont elle reste soumise, la haine envers le corps et envers la mère se confondant.

Cette désintrinsication des pulsions sexuelles et destructrices s'observe dans la construction du surmoi, dont les tendances sadiques se déploient dans la culpabilité inconsciente. Ainsi le travail n'est pas la simple réalisation d'une tendance érotique par d'autres moyens, mis aussi la soumission à un impératif catégorique « tu dois » qui surgit d'un sentiment d'insuffisance narcissique comparée aux vertus des représentations parentales issues de la petite enfance. La nécessité de maîtriser l'agressivité face à ces représentations surmoïques se retourne en volonté de les élever, en introjectant les limites et interdits qu'ils opposent au sujet.

Ainsi, le corps ne contiendrait plus le mauvais objet, mais le serait lui-même⁶⁵¹, et deviendrait par ce processus un objet persécuteur car chargé d'attributs de l'objet maternel primaire, incorporés massivement lors des premières relations mère-enfant. L'agressivité est alors retournée contre soi, déplacée sur ce corps, ce qui rend possible le maintien d'un pseudo contrôle.

La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

Evitement de la sexualité :

La consommation de l'acte est remplacée par la consommation. La tendance à la recherche de la perfection, de la pureté est la manifestation de l'aversion pour un penchant pulsionnel que l'on cherche à fuir. Ce qui échappe à ce processus narcissisant, soit la souffrance qu'entraîne la sublimation de ne pouvoir dire tout de l'objet, des limites et insuffisances du MOI à le concevoir.

L'anorexie, semble s'inscrire sur un continuum chronologique assez explicite. Depuis leur petite enfance, nos cas ont, malgré elles, collectionné les impressions négatives au sujet de la sexualité. Dès l'enfance, leurs mères leur transmettaient des messages négatifs au sujet de la sexualité.

Il semble que, déjà, à cette époque, elles exprimaient une révolte en utilisant leur corps afin d'attirer l'attention. Comme la sexualité représentait un élément de stress intense alors elles ont tenté de contenir son expression. Il est possible de postuler que le contrôle corporel imposé par le truchement de l'anorexie.

Depuis presque toujours, ces cas ont été amenés à percevoir la sexualité comme quelque chose de tabou, de sale, de dégradant et de honteux. L'éducation sexuelle au sein de la famille n'a jamais contribué à développer des valeurs positives au sujet de la sexualité. De plus, plusieurs événements ont fait en sorte que les messages qu'elles recevaient concernant la sexualité étaient négatifs et presque traumatisants.

Comme le mentionne DE SILVA (1993)⁶⁵² un événement considéré comme traumatique par un enfant n'est pas nécessairement un abus sexuel et ces événements peuvent nuire au développement psychosexuel de l'enfant. En plus, B. N avait subi une violence sexuelle, et K.

⁶⁵¹ SELVINI-PALAZZOL et al. 1978, *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.

⁶⁵² De SILVA, P. 1993. Sexual Problems in Women With Eating Disorders, dans J. Ussher, et C. Baker (Éditeur). *Psychological Perspectives on Sexual Problems*, p. 79-109. London: Routledge.

R avait assisté à une scène d'agression sexuelle, qu'elle introjecté d'une part et fait une projection de la scène primitive sur cette dite scène.

Malgré tout, les mères réussissaient à transmettre des remarques qui faisaient référence aux besoins maladifs de sexualité chez les hommes et de l'endurance que les femmes devaient avoir pour répondre à leurs besoins. Il est plausible que nos cas aient intégré toutes ces remarques. Lors de la découverte de sa sexualité, elles ont pu être influencées par le discours de leur mère. L'évitement de la sexualité pourrait s'expliquer par cet environnement familial peu propice à l'épanouissement d'une sexualité saine.

Il s'agit d'une alternance entre des moments de rage et d'amour pour l'objet, d'une position de soumission et de domination.

La figure des mères de l'ensemble des cas, se présente comme une imago archaïque omnipotente, terrifiante, et au pouvoir déssexualisant. Terreur et fascination, tout est serré dans le même nœud. Ces mères interdisent la sexualité, mais en plus donnent une image effrayante de cette dernière, il s'agit là d'une peur de la mère, qui ne sait pas séparer son corps du corps de son enfant. Ce qui n'est pas sans nous rappeler les observations des auteurs italiens CARLONI et NOBILI (1975 P. 105)⁶⁵³ sur les pulsions cannibales des parents « *qui dévorent littéralement l'identité distincte de leur enfant* »

Partant du postulat freudien que l'importance d'une pulsion croît avec sa frustration, nous admettons que plus la pulsion sexuelle est inhibée plus la composante psychique est importante, donc plus le sentiment amoureux est intense.

Cependant, devant cet évitement de la sexualité génitale, qui doit quand même trouver comme seul échappatoire et lieu de décharge pulsionnel « le corps ».

Bernard BRUSSET (1977. p. 185)⁶⁵⁴ parle même d'un plaisir retrouvé au niveau corporel « *à travers les contre-investissements qui le travestissent, dans une sorte d'auto-érotisme vécu en dehors des zones érogènes, plaisir du corps en mouvement, de la marche et érotisation de la faim qui peut culminer dans l'orgasme de la faim* ». Il semble que, par la faim, soit atteinte l'extase – poussée hors de soi, mort du moi – qui arrache le sujet à la solitude. Une plénitude est redevenue possible. Comme si dans cette jouissance ne se passait que la jouissance elle-même, enlacée dans son retour indéfini. Aussi ces sujets anorexiques, sont en mal d'amour, d'affection et de reconnaissance. Son enfer, c'est de ne pas aimer, de s'abolir dans une sorte d'indifférence absolue qui évite de souffrir. Là est la faute irrémédiable, celle qui

⁶⁵³ CARLONI GLAUCO et NOBILI Daniela, 1975, *La mauvaise mère*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

⁶⁵⁴ B. BRUSSET. 1977. *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Aurillac, p. 185

détermine la honte, parce qu'elle isole et éloigne des deux amours terrestres, l'amour des autres, l'amour de soi. Pour qui l'a connue, l'anorexie est le drame sans fin de l'incommunicabilité.

CETTE INSISTANCE DES PARENTS ET SPÉCIALEMENT CELLE DE LA MÈRE RÉVÈLE LE CONTRÔLE DU PLAISIR ET DE L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS DE MAÎTRISE ANALE.

Pour nos cas, il s'agit d'une survalorisation du versant psychique de la pulsion au détriment de la satisfaction physique. C'est à ce titre que C. DAVID (1971, p. 178)⁶⁵⁵ parle de « *perversion affective* » puisque le désir ne vise plus l'accomplissement de l'acte sexuel génital.

Cette caractéristique renvoie à la définition freudienne de la perversion (rapporter par DAVID, 1971, p. 178)⁶⁵⁶: « *ce qui caractérise (...) toutes les perversions, c'est qu'elles méconnaissent le but essentiel de la sexualité, c'est à-dire la procréation. Nous qualifions en effet de perversion toute activité sexuelle qui, ayant renoncé à la procréation, recherche le plaisir comme un but indépendant de celle-ci* ».

Pour nos cas il s'agit d'une assimilation du rapport sexuel à une sexualité orale avec sa dimension sadomasochiste. Par dévoration d'où vient cette frayeur de la sexualité génitale.

⁶⁵⁵ DAVID. C. (1971) *L'état amoureux*. Paris, Payot. P. 178. 2002

⁶⁵⁶ DAVID. C. (1971) *L'état amoureux*. Paris, Payot. P. 178. 2002

Conclusion générale :

En somme, et à travers les éléments dégagés des entretiens, le Questionnaire d'image du corps, ainsi que le RORSCHACH, il serait utile de faire ressortir les points suivants :

Quand la pensée est douloureuse, le symptôme au sens psychanalytique du terme devient une voie de décharge qui fait écran, et en même temps il est un aide-mémoire pour signifier qu'il s'est passé quelque chose. Il constitue une manière de se rappeler sans se souvenir, un discours qui s'adresse à un autre.

Dans cette assertion, le trouble anorexique ne correspond pas à cette définition du symptôme.

Il est davantage défini comme un « Acte symptôme », dans la mesure où il court-circuite par l'agir la mentalisation du conflit, et vise à surmonter la douleur psychique et les conflits. Cet acte signifierait un échec de la fantasmatisation de l'objet et mettrait en relief le défaut d'internalisation de l'objet.

La conduite anorexique devient un compromis entre régression et individuation : Régression, au niveau d'une relation primaire du fait de l'incorporation de cette relation ainsi qu'un symptôme et une dynamique spécifique des relations et des investissements d'objet.

Le recours au comportement anorexique a pour objectif le maintien d'une homéostasie psychique, chaque fois que l'équilibre économique de nos patientes est menacé, d'un point de vue du registre narcissique. Au service de la fonction adaptative du Moi, il répond à une tentative d'extinction de sensations insupportables. En ce sens, il a une fonction sédatrice en particulier **contre l'émergence d'affects dépressifs**. Il évite une prise de conscience qui serait douloureuse et qui serait susceptible de faire réapparaître le cadre conflictuel de la situation de la patiente, sa solitude et le vécu de séparation qu'implique tout mouvement de réflexion. Ainsi, par l'expulsion de l'excitation désorganisatrice, ce comportement protège le Moi.

À la fois, source de gratification et de sécurité, il fonctionne comme une expérience nécessaire privant momentanément de l'angoisse, de la honte, de la culpabilité, de la peine et du malheur de la conscience de n'être que soi-même.

Il est un mode d'expression d'une conduite pathologique par ses effets à la fois dénarcissisants et désobjectalisants⁶⁵⁷ qui ont tendance à se renforcer mutuellement mais il en

⁶⁵⁷ JEAMMET, P. 1997, *L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction*, in *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*.

est également l'expression de son **mode défense contre ce qui est perçu comme une menace de l'identité**⁶⁵⁸.

Dès lors, le processus anorexique apparaît comme un compromis pour résoudre le conflit entre l'axe objectal (l'intériorisation de l'objet) et l'axe narcissique.

Pour conclure, la régression demeure toujours possible ; « *le buccale, précise FREUD, est l'emblème régressé du sexuel* » (rapporter par P. AIMEZ, 1979. P 100) ⁶⁵⁹on doit non seulement envisager le déplacement du **registre sexuel au registre alimentaire**, mais au sein de ce dernier ; **la régression vers ses modalités les plus archaïques (dont l'alimentation fœtale constitue le point virtuel de focalisation)**. Rappelons que le narcissisme secondaire est une rêverie de toute puissance indépendante pouvant infiltrer tout le cours de l'organisation libidinale, y compris les complexes d'œdipe et de castration. En profondeur, la structuration narcissique soutient le projet général de nier la séparation, la dépendance et la mort : elle stipule, par conséquent, la nostalgie de l'organisation prénatale, fusionnelle, syncytiale.⁶⁶⁰

Si bien que recourir à la nourriture, objet premier de la fonction vitale, peut se lire comme tentative de retour à la période pré- œdipienne, laquelle surgit d'autant plus vivement qu'elle a été déniée avec une extraordinaire violence. Comme si manger goulûment c'était resté attachée au sein maternel, et vomir une façon de se sortir de son désir incestueux.

Précisons que, dans cette régression d'amour narcissique, il s'agit toujours d'une passion non partagée, proche d'un besoin de souffrance. La laideur dont elles s'accusent est inséparable de la guerre qu'elles mènent contre elles-mêmes.⁶⁶¹

Le refus du sevrage, le déni de l'absence de l'objet, le désir de retrouver l'imgo de la mère, la recherche **masochiste** d'un objet réel pour nier la douleur de la perception de l'absence rendent peu à peu compte de la spécificité de la conduite addictive.

Les sujets sont réduits à une mendicité de type oral, après avoir fait l'expérience de la solitude dans un rapport mère- fille qui ne fut conçu qu'en fonction des besoins physiologiques ou des besoins égoïstes de la mère.

Quand ces patientes ne sortent pas de la confrontation désolante entre ce qu'elle sont et ce qu'elle voudraient être, la seule issue est l'identification avec une image idéale, figée comme une statue de pierre, autrement dit la soumission aux modèles proposés par la mode, la publicité, le retour à l'iconolâtrie. Il ne s'agit pas de combattre le corps, qui est support et garant

⁶⁵⁸ JEAMMET P. Idem.

⁶⁵⁹ Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P.100.

⁶⁶⁰ Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106. P.101.

⁶⁶¹ BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P. 155. P225

de l'identité, mais le processus d'identification et d'incorporation que ces modèles qui engendrent et qui annulent la personne.

A partir de ces éléments, il semble que nos hypothèses de recherche à savoir :

1- Plus l'adolescente anorexique refoule sa sexualité, au profit des éprouvés corporel dont l'aboutissement est les autoérotismes morbides.

2- Le corps de l'adolescente anorexique traduit une activité jouissive à travers une sexualité prégénitale déculpabilisée.

3- Le conflit se situe au niveau du corps sexué refusé et maltraité pour être psychisé.

4- L'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer la fonction sexuelle génitale dont les transformations de la puberté exacerbent et qu'il faut effacer en regard de l'échec du refoulement.

Sont confirmées, toute fois les résultats obtenus à travers ce modeste travail restent attributaire des sujets objet d'étude, cependant, le choix d'un échantillon plus éminent peut dégager quelques pistes d'intervention pour les chercheurs à dessein de proposer un protocole de prise en charge et/ou d'intervention à même d'aider et de reconforter efficacement une population ayant déjà souffert ou souffrant encore d'anorexie.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABASSI Zohra. 2006. Notion d'individu et conditionnement social du corps. Psychosociologie de l'Algérie contemporaine. Ed OPU.
- Pierre AIMEZ. 1979. *Psychopathologie de l'alimentation quotidienne*. Communications, volume 31, N° 1. PP 93-106.
- AIMEZ Pierre et RAVAR Judith, 1988, *Boulimiques. Origines et traitements de la boulimie*, Paris, Santé Ramsay. P. 156.
- Joyce AIN. 2004. Résonances entre corps et psyché. Ed ERES
- ALBEAUX-FERNET, in LABOUCARIE, *Aspects Pathogéniques, Cliniques et Thérapeutiques de L'anorexie Mentale*, Actualités Psychiatriques, 4, 1976, p.29.
- ALLGERIER, A.R., et E.R. ALLGERIER. 1995. *Sexual Interactions*, 4th Ed., Lexington, MA: D.C. Health, dans WIEDERMAN, M.W. (1996). Women, Sex, and Food: A review of research on eating disorders and sexuality, *The Journal of Sex Research*, 33(4), p. 301-311.
- Sami Ali. 1984. Corps réel, corps imaginaire pour une épistémologie psychanalytique. Ed DUNOD.
- Sami ALI. 1990. Le corps, l'espace et le temps. Ed DUNOD.
- Sami ALI et AL. 2001. Manuel de thérapies psychosomatique. Ed DONOD. D. ANZIEU, (1961), *Les méthodes projectives*, PUF, 1967.
- Sami ALI, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.6.
- ANDERSEN, A.E. 1985. Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia, London: Edward Arnold In De SILVA, P. (1993). Sexual problems in women with eating disorders, dans J.M. USSHER & C.D. BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79-109. New York: Routledge Press.
- D. ANZIEU, 1974, *Le Moi-peau, Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, pp. 195-208. ALVIN, Patrick. 1996. Les Anorexies à l'adolescence, DOIN Editeurs, p.10.
- ANZIEU, D. 1987, *Les enveloppes psychiques*, Paris, DUNOD.
- ARBISIO, Ch. 2003, *souffrance psychique : l'enjeu du sujet" Besançon Colloque "Détréresse sociale*, Presses universitaires de Namur, 352 pages. P, 9-26.

B

- BALIER, C. (1994), *L'inceste : un meurtre d'identité*. In : *Psychiatrie de l'Enfant*.
- Christian BALLOUARD, 2003, *Le travail du psychomotricien*, paris. DUNOD. p.72.
- BARRABAND. M. 2001. *Les amours adolescents*. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n°45. paris, Erès.
- Helen BEE. 1997. Psychologie du développement, Les âges de la vie. De Boeck Université.

- BECKER, A.E. 1999. *Current Concept : Eating Disorders*. The New England Journal Of Médecine, vol. 340 n° 14. April; p 1092-1098.
- BELL, R. 1994. *L'anorexie sainte : Jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Presses universitaires de France, 307 p.
- Esther BENBASSA, Jean-Christophe ATTIAS, 2000. *La haine de soi: Difficiles identités*. Editions Complexe, 305 pages.
- BEUMONT, P.J.V., et S.F. ABRAHAM. 1981. *The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*, 11, p. 131-140.
- BERGERET, J, 1990. *Les conduites addictives, approches cliniques et thérapeutiques*, in : *les nouvelles addictions*, Paris, Masson.
- BLEULER, E. 1908. *Die prognose der dementia praecox – Schizophreniegruppe* , dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 65, p. 436-464.
- A.BRACONNIER et Al. 2006. *Introduction à la psychopathologie*. Paris. Masson. p 221.
- BOURCILLIER. P. 2007. *Androgynie & Anorexie*. Flying publisher. P225.
- BLOS P. Second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study child* 1967; 22: 162-186. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.360.
- BLOS P. *The adolescent passage. Developmental issues*. New York : International University Press,1979. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p. 354-361. p.355-356.
- BOLDUC, C. STREIGER, H.LEUNG, F.1993, *Prévalence Des Attitudes et Comportements Inadaptés Face à L'alimentation Chez Les Adolescentes de la Région de Montréal, SANTE MENTALE AU QUEBEC XVIII, 2,183-196*.
- Pierre BOQUEL in, SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p. 36-37.
- BOUBLI. M. 1998. *Du même, trop semblable, à la petite dissemblance dans la quête de l'altérité*. Revue adolescence, n°32.
- BOUCEBCI Mahfoud, *Aspects du Développement Psychologique de l'enfant au Maghreb*, in santé mentale au Québec, 1993.XVIII. 1. 163-178. P.169.
- BOUDELLON, G. 2001. *L'anorexique, une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc* , *rfp* , lxxv, 5.
- Pierre BOQUEL in, SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.

36-37.

- Martine BOUVARD, Jean COTTRAUX. 2005. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Edition: 4. Elsevier Masson, 327 pages.
- BRACONNIER. A. 1998. *Expériences d'amour*. Revue adolescence, n° 32.
- BROUSSELLE ET AL. 2001. *Adolescence*. ED SAUP
- BRUCH. H. 1978. Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique, Paris : Payot, 444.
- BRUSSET, B. 1977. *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Aurillac.
- BRUCH. H, 1990, *Conversations avec des Anorexiques*, Paris, Editions Payot, Collection « Petite Bibliothèque Payot » p.11.
- BRUSSET, B. 1989. « Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires », dans *Confrontations psychiatriques : troubles des conduites alimentaires*, n°31.
- BRUSSET, Bernard, *Controverses sur la Prise des Troubles Alimentaires*, la revue Prisme, n°32,2000.
- BUVAT-HERBAUT, M. et al. 1983. *Attitudes toward weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia compared with 288 normal control school girls. International Journal of Eating disorders*, 2, p. 45-59.

C

- A.CALZA et M.CONTANT.2002. *Le Symptôme Psychosomatique. P 68*.Paris. Ellipses Edition
- André CALZA et Maurice CONTANT. 1999. *Psychomotricité*. PARIS. MASSON. P. 134.
- CARLONI Glauco et NONILI Daniela, 1975, *La mauvaise mère*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- Jean-Pierre CLEMENT, Nicolas DARTHOUT, Philippe NUBUKPO, *Guide pratique de psychogériatrie*, 2006, Edition : 2, Publié par Elsevier Masson, 263 pages, P.45.
- CHABROL, Henri, *L'anorexie et la Boulimie de l'Adolescence*, Paris, Editions Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? », 1991, p.119.
- Malek CHEBEL. *Civilisation islamique et stratégies identitaires*. In CONFLUENCES MEDITERRANNEE- N°41 PRINTEMPS 2002.
- CICCONE, A. (2003). *Les enfants qui « poussent à bout »*. Logiques du lien tyrannique. In *Psychanalyse du lien tyrannique*. Paris : Dunod.

- CLOUTIER. R, 1996, *Psychologie de l'adolescent*, Montréal. G MORIN.
 - CONDIT, V.K. 1990. «Anorexia Nervosa: Levels of causation». *Human Nature*, vol. 1, no 4, p. 391-413.
 - B. CRAMER, 1985, *Fonctionnement mental précoce et interactions mère-enfant*, Topique, 1985,35-36, Voies d'entrées dans la psychose, p.151-172.
 - CREPAULT, C. 1986. *Protoféminité et développement sexuel : essai sur l'ontogenèse sexuelle et ses vicissitudes*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 183 p.
 - CREPAULT, 1999, *Imaginaire et sexoanalyse : exploration de l'inconscient sexuel*. Montréal : Éditions I.R.I.S, 230 p.
 - R. CREVEL, 1974, *Mon corps et moi*, Livre de Poche, p. 119.
 - CORCOS, M. ATGER, F. FLAMMENT, M. JEAMMET, PH. *Boulimie et Dépression*. *Revue Neuropsychiatrie Enfant et Adolescent*, 1995, 43 : 391-400
 - CORCOS, M. 2000, *Le Corps Absent*, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris, DONOD.
 - CORCOS, M. *Les addictions alimentaires à l'adolescence*. In *Réalité en gynécologie-Obstétrique* N° 120. Avril 2007.
 - J. CORRAZE. 1973. *Schéma corporel et image du corps*, PRIVAT, EDITEUR.
 - CRISP, A.H. 1984. The psychopathology of anorexia nervosa: getting the heat out of the system, dans A.J. STUNKARD et E. STELLAR (eds) *Eating and Its disorders*, New York: Raven.
 - CYRULNIK Boris, 1993. *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.
- D**
- DALLY, P., et J. GOMEZ. 1979 *Anorexia nervosa.*, London: William Heinemann Medical books, dans M.W. WIEDERMAN, *Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 1996, p. 301-311.
 - DARMON, Muriel, 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, coll.' Textes à l'appui/Laboratoire de sciences sociales", p. 18.
 - DAVID. C. (1998) Expériences d'amour. *Revue adolescence*, n° 32.
 - J. DE AJURIAGUERRA, 1974, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, ed MASSON, 2ème édition, p, 208.
 - DEBRAY, Bulletin de psychologie. Tome. 53. (4) 448. 2000. p.477.
 - Rosine DEBRAY. 2005. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Ed DUNOD

- P. DELAROCHE, 2007. *L'adolescence*, Enjeux cliniques et thérapeutiques. Nathan, p.53. 127
- De SILVA, P. 1993. *Sexual problems in women with eating disorders*, dans J.M. USSHER et C.D BAKER (Eds), *Psychological perspectives on sexual problems*, p. 79- 109. New York: Routledge Press.
- DELEUZE Gilles et GUATTARI Félix, 1975, *L'anti-OEdipe. Capitalisme et schizophrénie*, Minuit.
- DELMONT.J, LUCHT.F, 1995. *Guide Pratique de Psychiatrie*. BERRTI Edition. P.323
- DEPELTEAU, F. 2002, *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles, De Boeck.
- DESPINOY, M. 1999, *Psychopathologie De L'enfant Et De L'Adolescent*. ARMAND COLIN, p.142.
- DE TONNAC, Jean- Philippe, 2005, *Anorexia, enquête sur l'expérience de la faim*, Paris, Editions Albin Michael, p.212.
- DOLTO, F. 1971. *Psychoanalyse et pédiatrie*. Paris : Editions du Seuil.
- DOLTO, F, 1982, *Sexualité féminine*, Paris, Scarabée et Co.
- F.DOLTO. 1984. *L'image inconsciente du corps*, Paris, éd. du Seuil.
- Françoise DOLTO et Catherine DOLTO-TOLITCH, 1991. *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Hatier.
- Françoise DOLTO, 2003, *Le complexe du homard*, Gallimard Jeunesse.
- Caroline DOUCET. 2000. *La psychosomatique théorie et clinique*. Ed Armand Colin.
- MC DOUGALL, J. 2001, *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, PUF.
- Catherine DOYEN, Solange CXOOK- DARZENS, 2004, *Anorexie, boulimie : Vous pouvez aider votre enfant*, intereditions, coll. Vivre sa vis. DUNOD.
- Nathalie DUMET et Gérard BROYER. 2002. *Cliniques du corps*. Ed PUL.
- François DUYCKAERTS, 1964, *La formation du lien sexuel*, DESSART et MARDAGA, BRUXELLES.

E

- Mony ELKAIM et AL.1996. *Cahier critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux. Anorexie et Boulimie. Modèles, recherches et traitement*. ED de BOECK Université s. a.
- EMMANUELLI. M. 2001, *Les épreuves projectives à l'adolescence*. Paris, Dunod
- HENRI EY., 1989. Manuel de psychiatrie. 6^{ème} édition. Paris. Masson. P. 93.

F

- FEDIDA, P. 1995, *Le site de l'étranger*, Paris, PUF.
- FERNANDEZ, L., CATTEEUW, M. 2002, *Cliniques des addictions*, Paris, Nathan.
- Eliane FERRAGUT. 2000. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Ed MASSON PARIS.
- Eliane FERRAGUT. 2003. *Le corps dans la prise en charge psychosomatique*. Ed MASSON PARIS.
- FERENCZI, S. (1909), *Transfert et introjection*, Psychanalyse I, Paris, Payot.
- FLAMENT, M. ; JEAMMET, P. 2000, *La boulimie, réalités et perspectives*, Paris, Masson.
- Clyde W. FORD, 2002 ; *Les cicatrices émotionnelles, guérir des émotions par le corps et le touché*, Guy TREADANIEL EDITEURS, Paris, p.114.
- Claude FORTIER, À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique - Santé mentale au Québec, 1988, *XIII*, 1, 18-33. P. 18.
- FREUD Sigmund. 1905. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard Idées, 1966, p. 135.
- FREUD S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », in *Métapsychologie*, Gallimard, 1968.
- S. FREUD. 1920. *Au-delà du principe de plaisir*. publié dans l'ouvrage *Essais de psychanalyse*. Traduction de l'Allemand par le Dr. S. JANKELEVITCH en 1920, Paris : Éditions Payot, 1968, (pp. 7 à 82), 280 pages. Collection : Petite bibliothèque Payot, n° 44.
- FREUD, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, 117-217.
- FREUD. S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Petite bibliothèque Payot, 1922.

- FREUD. S. (1925), Inhibition, symptôme et angoisse, QUADRIGE, Paris, PUF, 1993.
- FREUD. S. (1917), *Deuil et mélancolie*. in *Métapsychologie*, Gallimard, 1968.
- FREUD, S. (1990). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris: GALLIMARD, p. 251.

G

- GAËD LE MANER- IDRISSE, 1997, *L'identité sexuée*, DUNOD.
- Georges GAILLARD, *Traumatisme, solitude et auto-engendrement. Annie Ernaux : L'événement*, Filigrane : écoutes psychothérapeutiques, vol. 15, n° 1, 2006, p. 67-86.
- GANTHERET. F. 1968, *Le corps en psychologie clinique*, Bulletin de psychologie, 21.
- Yvon GAUTHIER et F. DOLTO. 1989. *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 3 eme édition, QUEBEC, CANADA.
- GODART Nathalie ; PERDEREAU Fabienne ; AMAN Gilles et JEAMMET Philippe, Dossier sur « *les troubles du Comportement Alimentaires* », (La prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA) dans la revue *Soins*, n°694, AVRIL 2005. P.42.
- Pierre G. GOSLIN. 2002. *Psychologie et adolescence*, Ed ARMAND Colin/VUEF. Paris.
- GREEN M, SOLNIT AJ, *Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome*. *Pediatrics* 1964 ; 34 : 58-66. in *Perspectives Psy - Volume 46 - N°4 - octobre-décembre 2007*. In Marie JEANNOT. *Étude de la relation mère- fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Perspectives Psy - Volume 46 - N°4- octobre-décembre 2007*.
- GUEGUEN. J-P. *L'anorexie mentale : une pathologie féminine*. In La revue lettre de l'enfance et de l'adolescence 2003, p.81-87.p
- GUILLEMOT, Anne, et LAXENAIRE, Michael, 1997, *Anorexie Mental et Boulimie, Le Poids de la Culture*, Paris, Edition Masson, Collection «Médecine et psychothérapie ».
- GUTTON. P. 1991, *Le pubertaire*. Paris. Presses Universitaires de France.P.143
- GUTTON, P. (1973). *Le jeu chez l'enfant*. Paris : G.R.E.U.P.P., 2003.
- P. GUTTON, 1991. *Le pubertaire*, Paris, PUF, Le Fil Rouge.

H

- HAIMES, A.L., et J.L. KATZ. 1988. *Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic, and borderline women*. *International Journal of Eating Disorders*, 7, p. 331-341.- WIEDERMAN, M.W., et al. 1995. *Sexual functioning and attitudes of eatingdisordered women: A follow-up study*. *Journal of Sex and Marital therapy*, 21, p. 67-77.

- HALMI, K. 1996. *The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa*. *Psychiatry Research*, 62, p. 23-29.
- HANS, S. et JAMES, L. 1998. *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents, a Review of the Past 10 Years*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol.37. n°4 avril.p.352-359.).
- HUDSON et coll. 1983 in *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux- Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17 ,727-771, p 738.

I

J

- JACOBI, B. 1998. *Les mots et la plainte*. Editions Erès.
- PH. JEAMMET, 1984, *Corps et psychopathologie de l'adolescent*. In. *L'information psychiatrique*, 60, 8, 889-903.
- JEAMMET, P. 1985. *L'anorexie mentale*. Paris: Éditeurs DOINS.
- JEAMMET, P. in *Maigreurs Et Amaigrissement*, La Revue du Praticien, Tome 32,3. 225-310, p 258.
- JEAMMET, P. 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5).
- JEAMMET, P. 1997. *Adolescences*. La Découverte et Syros. Paris.
- JEAMMET, P. 1997, *L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction*, in *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*.
- JEAMMET, P. CORCOS, M. 2001, *Evolution des problématiques à l'adolescence*, l'émergence de la dépendance et ses aménagements, Paris, Doin.
- JEAMMET, Philippe, 2004, *Anorexie et Boulimie, Les Paradoxes de l'Adolescence*, Paris, Editions Hachette Littératures, P.174.
- Philippe JEAMMET. *La psycho 100% ado*. éd. BAYARD
- Marie JEANNOT. Etude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. In *Perspective psy*. Volume 46.n° 4. Oct/dec 2007. PP. 354-361.
- JUNG CG. *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*. Paris : Buchet-Chastel, 1953. In Marie JEANNOT, Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, *Perspectives Psy*-Volume 46- N°4 - octobre-décembre 2007, p.

354-361. p.360-361.

K

- R. KAËS, D. ANZIEU, L. V. THOMAS, 1984, *Fantasme et Formation*, DUNOD.
- KANNER, L. 1943. *Autistic disturbances of affective contact*, in *Nervous Child*, 3, 2, p. 217-230.
- KAUFMANN, J-C. 2004, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, collection 128, p. 47
- KAPLAN, H.I, et B.J. SADOCK. 1994. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 pages.
- KAPLAN, HL. SADOCK, BJ.1998. *Synopsis De Psychiatrie*. Paris ; Masson. In. CORCOS, M. et AL, *Troubles Des Conduites Alimentaires à L'adolescence*. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, p, 150572-150587. p, 150574.
- KENDLER, KS.MACLEANC, NEALEM, KESSLER, R. HEATH, A, EAVES, L. *The Genitic Epidemiology Of Boulimia Nervosa*, AMJ PSYCHIATRY 1991, 148 : 1627-1637 in *17 Troubles Des Conduites Alimentaires*.
- KESTEMBERG Evelyne, KESTEMBERG Jean, DECOBERT Simone, 1972, *La faim et le corps*, Paris, P.U.F.
- KLEIN. M. (1921-1945). *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967.
- KLEIN, M. (1947). *Deuil et dépression*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2004.
- KLEIN, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F. Collection Quadrige, 2004.
- KLEIN, M. 1968, *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard.
- KLEIN, M., RIVIERE, J. 1937. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1989.
- KOJEVE. A. 1947. *Introduction à la lecture de Hegel*, Paris, Gallimard.
- KREISLER. L, FAIN. M, SOULË. M, 1974, *L'enfant et son Corps*, PUF.
- Léon KREISLER. 1976. *L'enfant psychosomatique*. PUF

L

- LABOUCARIE, *Aspects Pathogéniques, Cliniques et Thérapeutiques de L'anorexie Mentale*, Actualités Psychiatriques, 4, 1976, p.30.
- LACAN, J. *Le séminaire Livre VIII Le Transfert*, Seuil, 2001.
- François LADAME, 2002. *Les éternels adolescents*, éd. Odile Jacob, p.23. 220 P.
- LAMBOTTE Marie-Claude, 1993, *Le discours mélancolique. De la phénoménologie à la métapsychologie*, Paris, Anthropos- Economica.

- LEBRETON. D, 1991, *Anthropologie du Corps et Modernité*, PUF, p.138.
- LEDOUX, S. CHOQUET, M, 1991.*Les Troubles Des Conduites Alimentaires, Résultats d'une enquête épidémiologique réalisé dans le Sud Haute Marne*. Collection ANALYSE ET PERSPECTIVE les 11-20 ans et leur santé, INSERM, Paris.1-73.
- Henri LEHALLE, 1991. *Psychologie des adolescents*, PUF, novembre.
- Henri LEHALLE, Daniel MEILLIER. 2002. *Psychologie du développement enfance et adolescence*. Ed DUNOD
- LE GUEN. C. 1996, « toi », *l'objet d'amour et son moi*. Revue française de psychanalyse, vol 60 n°3.
- LEGROS, Claire, « toujours plus gros », *La Vie*, no. 2898 (15 mars 2001) : p. 32-34.
- LEICHNER, P.1987. *Anorexie Et Boulimie : s'affamer à satiété*. *Le Clinicien*, vol.2, n°1, Montréal, p.49-71.
- LESSOURD. S. 2004, *La déconstruction- reconstruction des systèmes référentiels. La naissance pubertaire : l'archaïque génital et son devenir*. Paris, Dunod.
- LUCAS, AR. BREAD, CM. MINNESOTA, in *A Population Based Study*. *AMJ PSYCHIATRY* 1991,148, 29-17-922 in *17 Troubles Des Conduites Alimentaires*
- LOISELLE. A. 2003. *Les affamées ; regard sur l'anorexie*. Les éditions de l'homme.

M

- MAINE, M. 1991. *Father hunger: Fathers, daughters, and food*. Carlsbad, CA: GURZE dans M.W. WIEDERMAN, T. PRYOR, ET C.D. MORGAN. 1996. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 19, no 2, p. 109- 118.
- MARANDA, F.1990. *L'Adolescente Anorexique*. *Santé Mentale au Québec*, vol.2, p 94-98.
- MARCELLI et BRACONNIER.1983. *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris. Masson.
- MARCELLI et BRACONNIER.2000. *Adolescence et psychopathologie*. Collection « les âges de la vie ». Paris. Masson. p 148.
- D. MARCELLI. 1995. *Les états dépressifs à l'adolescence*. PARIS. MASSON. p.29
- MARTZ, D.M. 1995. The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating disorders. *Psychology of Women Quaterly*, 19, p. 493-508.
- MARTY. F et al, 2002 *Transactions narcissiques à l'adolescence*. Paris, Dunod.
- MARTY, P., De M'UZAN, M., 1963, La «pensée opératoire », *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356. In Claude Fortier, À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique - Santé mentale au Québec, 1988, *XIII*, 1, 18-33. P. 29.
- Pierre MARTY et Michel FAIN, 1955, *Importance du rôle de la motricité dans la relation*

d'objet, Revue française de psychanalyse, 19, 1, 2.

- Virginie MEGGLE. 2007. *Face à l'anorexie*. Psychanalyse en Mouvement ED EYROLLES.
- Richard MEYER. 1982. *Le corps aussi de psychanalyse à la somato-analyse*. Ed ALOINE.
- Vannina MICHELI-RECHTMAN. 2003. *Anorexie et pulsion de mort : une perspective lacanienne*. In *analyse freudienne* presse 6. Paris. PP. 145-151.
- Raphaël MILJKOVITCH, Martine DE LAJUDIE, 2003, *PSYCHOPATHOLOGIE: L'enfant et L'adolescent*, ARMAND COLIN.
- MILLION. T, BLANEYU PH, DAVID R, ed. *Oxford Textbook of Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1999. 365-88. P. 380
- MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. 2003, *Analyse des données qualitatives*, 2ème édition, Bruxelles : De Boeck, pp. 26-32.
- MONTAGU, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Paris : Édition du Seuil, 219 p.
- MOREL, Séverine ; GUYOMARCH, Sarah ; SATORI, Nadine, « *Anorexie Mentale et Approche Cognitivo- Comportementaliste* » dans la revue *Soins psychiatrie*, n° 22, juillet/août 2003. P.24.
- MOOREY, J. 1991. *Living with Anorexia and Boulimia*. New York : Manchester University Press, 144 p.

N

- Naouri, A. 2002, *Les filles et leurs mères*, Paris, Odile Jacob poches.
- NICHOLLS D, CHATER R, BRYAN LASK. Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000, 28 : 317-324
- NICHOLLS D, CHATER R, BRYAN LASK. Into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disorder* 2000, 28 : 317-324. In *Série analyse*, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 759.

O

- LOUIGI ONNIS. 1989. *Corps et contexte Thérapie fondamentale des Troubles psychosomatiques*. Ed E.S.F Paris.
- M. A. OUAKNIN, 1994, *Bibliothérapie. Lire, c'est guérir*, Paris, Seuil.
- M. A. OUAKNIN, 1998, *Concerto pour quatre consonnes sans voyelles*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

- Denise OSSON, *L'Adolescent d'aujourd'hui: entre son passé et un avenir*. Puf. P. 177-179. 1990. 199 p.

P

- Mariella PANDOLFI, *Le self, le corps, la « crise de la présence »*, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 17, n° 1-2, 1993, p. 57-77.
- PATTON, G. 1992. *Eating Disorders: Antecedents, Evolution and Courses*. *Annales Of Médecine*, vol.24.p 281-284.
- PAREYDT LUC, « Le corps, carrefour de la culture », *ceras-revue projet n°263*, septembre 2000.
- PENNACHIO, Hélène, « *Peut- on prévenir les troubles du comportement alimentaire ?* » dans la revue *Soins*, n° 694, avril 2005, p. 51.
- Jean PIAGET. Bärbel, INHELDER, 1966, *L'image mentale chez l'enfant*, PUF.
- Xavier POMMEREAU, Jean Philippe DE TONNAC, 2007, *Le Mystère de L'anorexie*, éditions ALBIN MICHAEL.
- POWELL M. Sudden infant death syndrome: the subsequent child. *Br J Social Work* 1995 ; 25 : 227-240. in *Perspectives Psy- Volume 46 -N°4- octobre-décembre 2007*. in Marie JEANNOT Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence *Perspectives Psy - Volume 46 - N°4 - octobre-décembre 2007*.

Q

- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. 1999, *Manuel de recherche en sciences sociale*, Ed : DUNOD, p.174

R

- RACAMIER Paul-Claude. *L'intrapsychique, l'interactif et le changement à l'adolescence et dans la psychose*. In "Psychanalyse, adolescence et psychose", pp. 141-152, Paris, Payot, 1986.
- RACITI, M., et S.S. HENDRICK. 1992. Relationships between eating disorder characteristics and love and sex attitudes. *Sex Roles*, 27, p. 553-564.
- RAINBAULT, Ginette et ELIACHEFF, Caroline, 2003, *Les Indomptables- figures de l'anorexie*, Paris, Editions Marabout.
- RANTY. YVES. 1994. *Les Somatisations*. Ed. L'HARMATTON. P.138.
- Jean-Jacques RASSIAL, 1996. *L'adolescent et le psychanalyste*. Éditions PAYOT-RIVAGES.
- Jean-Jacques RASSIAL, 1998. *Le passage adolescent* Éditions Érès.

- RASTAM M, GILLSBERG C. BACKGROUND, factors in anorexia nervosa: a controled study of 51 teenages cases including a population sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992 ; 31 : 819-29. in Marie JEANNOT Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Perspectives Psy- Volume 46 - N°4- octobre-décembre 2007.
- RATTE, C. POMERLEAU, G.LAPOINTE, C. *Dépistage Des Troubles De La Conduite Alimentaire Chez Une Population D'étudiants De Niveau Collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales*, Revue Canadienne De Psychiatrie, 34, 892-897.
- Wilhelm REICH, 1999, *L'irruption de la morale sexuelle. Etude des origines du caractère compulsif de la morale sexuelle*, éditions PAYOT- RIVAGES.
- RIGAUD, DANIEL, 2003, *Anorexie, Boulimie et compulsions- Les Troubles du Comportement Alimentaire*, Paris, Editions Marabout, P.272.
- ROTHSCHILD, B.S et al. 1991. Sexual functioning of female eating-disordered patients. *International journal of eating disorders*, vol. 10, no 4, p. 389-394- SIMPSON, W.S., et J.A. RAMBURG. 1992. «Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, p. 44-54.
- ROSEN, J.C. 1996. *Body Image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, vol. 20, no 4, p. 331-343.
- ROUSSEAU Jacqueline et ISRAËL Paul. 1968. *Jalons pour une étude métapsychologique de l'adolescence. L'Inconscient*, 6, p. 105-115.

S

- SALZMAN, J.P. 1995. *Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, 21, p. 251-259.
- Claude SAMADJA. 2001. *La vie opératoire, Etude psychanalytique*. Ed PUF.
- M. SANCHEZ- CARDENAS, J. L. VINISSE, 1994. *Conduites alimentaires* –éditions technique- Encycl. Méd, Chir. Paris. Psychiatrie, 37- 105- D- 10, 1994, 5,P.
- Claude SAVINAUD, Françoise BETOURNE, 2004, *Fondations subjectives de la pensée: avec un index du concept de pensée chez Lacan*, Editions L'Harmattan, 359 pages. P, 113-133
- SEARLES, H. (1967), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.
- SCHWARTZ-HJ. *La boulimie : Rencontre avec Tentative Sado Masochique*. Symposium international. Les troubles des conduites alimentaires. Paris.1997.

- SELVINI-PALAZZOLI et AL. (1978), *Paradoxe et Contre Paradoxe*, Paris, ESF.
- SERVAIS, IN La Revue internationale systémique emdrerevue. Vol 7/93/04/\$.
- Martine STASSART, *Métapsychologie de l'adolescence*, In Annales de Vaucresson, 1, 28, p, 3-7.1988.
- SIMPSON, W.S., et J.A. RAMBURG. 1992. «Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, p. 44-54.
- STEINHAUSEN HC, RAUSS-MASSON C, SEIDEL R. Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991, 21 : 447-454
- STEIGER H, SEGUIN JR. *Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa*.
- STERN, Daniel (U.S.A.), Deuxième Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson présidé par Serge LEBOVICI (Cannes, 1983).
- STOLLER, X.S.M. (1991), *Nouvelle revue de psychanalyse*, N°43, Gallimard.
- Hélène STORK, Chapitre 1 de : *Enfances indiennes, étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Païdos/Bayard, 1986, p. 17-45.
- SULLIVAN, S ET WEIL-HALPERN, 1984. *L'ombre blanche, homosexualité féminine, homosexualité primaire*, dans cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie : Homosexualité et identité, n°8.
- SOURS JA. *Starving to death in a sea of objects. The anorexia nervosa syndrome*. New York : JASON ARONSON, 1980. In Marie JEANNOT, *Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, Perspectives Psy-Volume 46-N°4 - octobre-décembre 2007*, p. 354-361. p.360.

T

- TAESCH, Caroline, « *Anorexie et Boulimie, expérience d'un groupe de parole* » dans la revue *Soins psychiatrie*, n°230, JANVIER 2004, P. 44.
- Markos TAFIROPOULOS et Al. 2001. *L'inconscient toxique*. Ed ANTHROPOS.
- Jaques THAMAES. 1989. *Les maladies psychosomatiques de la tête au corps, les chemins de la guérison*. Ed HACHETTE.
- TOLMAN, D.L., et E. DEBOLD. 1994. *Conflicts of body and image: Female adolescents, desire, and the no-body body*. Dans P. FALLON, M. KATZMAN, et S. WOOLEY (Eds), *Feminist perspectives on eating disorders* p. 301-317, New York: Guilford Press
- Catherine TOURETTE et Michèle GIUDETTI, 2002, *Introduction à la psychologie de l'enfant du bébé à l'adolescent*, Ed. Armand Colin, Paris, p. 142.
- TOURNEMIRE (DE), Renaud ; Anima ; AUTRET, Dominique ; HARAT, Omar, Dossier sur

« *Les Troubles du Comportement Alimentaire* », (Nutrition assistée chez l'adolescent anorexique) dans la revue *Soins*, n°694, avril 2005, p. 46.

- TUITEN, A. et al. 1993. *The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 19, no 4, p. 259-275.
- Jean Philippe TURPIN, *Prétentaine, corps, corps et culture*, numéro 5, 2000, corps et éducation.
- Evelyne TYSEBAERT. *Le corps psychique et la perspective psychosomatique*, TOPIQUE 2001/1, n° 74, pp.69-81.

U

V

- VAN VRECKEM, E.V., et W. VANDEREYCKEN. 1994. A sexual education programme for women with eating disorders. Dans B. DOLAN et I. GITZINGE (Eds), *Why women? Gender issues and eating disorders*, p. 110-116. London: Athlone.
- Françoise VERMEYLEN in SAMY Ali, 2003, *Identité psychosomatique*, éditions E.D.K. Paris. p.182.
- VERMOREL, H. et M. 2001. *Abord métapsychologique de l'anorexie mentale, rfp*, lxxv, 5.
- VINCENT, 2000, *L'anorexie*, paris, Editions Odile Jacob, p 103.

W

- Henri WALLON, 1942, *De l'acte à la pensée*, FLAMMARION, 1970.
- WALSH BT, DEVLIN MJ. 1988, *Eating Disorders: progress and problems*. Science, 280 : 1987-1390. In Série analyse, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux- Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17 ,727-771, P756.
- WERNER, Emmy E., études transculturelles consacrées au développement psychomoteur de l'enfant dans cinq continents. Cf. *Journal of Cross-cultural psychology*, III, 2, 1972, 111-134.
- WIEDERMAN, M.W. 1996. Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *The journal of sex research*, vol. 33, no 4, 301-311.
- WINNICOTT, D. W. (1951). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. Une étude de la première possession non-moi. . *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, 169-186.
- WINNICOTT, D. W. (1956). La tendance antisociale. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, 292-302.
- WINNICOTT, D. W. (1954-1955). La position dépressive dans le développement affectif

normal. . *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, 231-249.

- WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: PAYOT ET RIVAGES, 2001.
- WINNICOTT, D.W. 1967. *La délinquance, signe d'espoir*, dans *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988, p. 99-110.
- D.W. WINNICOTT, 1971, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris
- WINNICOTT, D.W. (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris : Gallimard, 1979.
- WINNICOTT, D.W. 1984. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2004.
- WINNICOTT, D.W. 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

X

Y

- YAGER et coll., 1987 in *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17 ,727-771, p 738.
- YOUNG J. E., et J. S. KLOSKO. 1995. *Je réinvente ma vie*. Canada : Les éditions de l'homme, 360 p.

Z

- ZERBE, K.J. 1992. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to SIMPSON and RAMBERG *Journal of sex and marital therapy*, 18.

LES REVUES :

- Santé Magazine, « portrait d'anorexique », n°244, Avril 1996, p.70-72 ; « Anorexique, il faut l'aider » n°263, novembre 1997, p.64-65.
- Santé Magazine, « L'anorexie des jeunes filles » n°182, Février 1991, p.54-55
- Santé Magazine, n°182, Février 1991, p.54-55
- Santé Magazine, n°244, Avril 1996, p.70-72
- *LA REVUE DU PRATICIEN*.1982. Tome 3. P258.
- Série analyse, 2004. *Troubles des Conduites Alimentaires : Troubles mentaux-Dépistage et*

- prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 17, 727-771, p 757.
- Santé Magazine, « Anorexique, il faut l'aider ! » n°263, novembre 1997, p. 64-65.
 - Revue : Age & nutrition, 2002, vol. 13, n°2, pp. 102-105. P. 103.
 - Santé Canada, *Rapport sur Les Maladies Mentales aux Canada*. Octobre 2002,
 - Santé Canada, *Rapport sur Les Maladies Mentales aux Canada*. Octobre 2002, REVUE *Le clinicien*, *l'anorexie mentale à l'adolescence*, vous avez les ressources pour agir !, avril 2007, p, 71-77, p, 71.
 - *LA REVUE DU PRATICIEN*.1982. Tome 3. P258.
 - Article adolescence et conduites antisociales de Martial VAN DER LINDEN et Mathieu d'ACREMONT p 42 dans la revue *Cerveau & psycho* n°16 juillet Aout 2006.
 - Revue Age & nutrition ISSN 1158-0259 2002, vol. 13, n°2, pp. 102-105 (21 ref.).
 - Maigreurs et amaigrissements. La revue du praticien. 1982, 32, 3 (11 janvier 1982).
 - Annales médico psychologiques. Paris. Volume 136, N°3. Mars 1978.
 - Actualités psychiatriques. N° 4. Septembre 1976.
 - Le corps psychique et la perspective psychosomatique, *Topique*, 2001/1, N° 74. P.69-81.
 - Santé mentale au QUEBEC, 1984, IX, 2, P.94-98.
 - GILLES MARCHAND. Quand manger devient pathologique in *Manger, une pratique culturelle*. Mensuel N° 135-fevrier 2003.
 - La psychose pubertaire, une impasse du processus d'adolescence, François Marty in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2001- 1 (n° 36), page 153 à 166.
 - La revue de pédiatrie. Sémiologie polycarentielle : l'enfant cas social, les carences psychosociales des enfants. N° 4, avril 1980, pp. 225-232.
 - RYZOME. Bulletin national santé mentale et précarité. *La souffrance est elle sexuée*. N° 11 Avril 2003.
 - MISSONNIER, S. et BOIGE, N., *Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette*, *Champ Psychosomatique* 2003/1, 29, p. 9-35.
 - PRISME, PSYCHIATRIE, RECHERCHE ET INTERVENTION EN SANTE MENTALE DE L'ENFANT, N 37, 2002, *CORPS, CULTURE, IDENTITE*.

LES ACTES DES COLLOQUES ET SEMINAIRES :

- Les Actes du Colloque Education à la sexualité Rôle des professionnels dans les institutions Janvier 2002 - L y o n CRAES-CRIPS / Rectorat de Lyon / Rectorat de Grenoble
- Colloque : [Santé, Troubles du Comportement Alimentaire](#). Réflexions actualisées sur la médecine et les troubles du comportement alimentaire : obésité, anorexie et boulimie. 03 décembre 2004.
- LE CORPS C'EST LE LIEU DE L'AUTRE Premier exposé du séminaire "Corps & Langage" 2002-2003 Olivier Coron.
- Colloque de Royaumont : Pour une [approche](#) scientifique de la psychosomatique. Actes publiés dans le Bulletin de l'école Lacanienne de psychosomatique n°1. « LE MANQUE COMME STRUCTURE ». Dr Gérard LOPEZ.
- Colloque international "Corps en famille Corporéité et famille:" (22 et 23 juin 2006 : Besançon), Patrice CUYNET, André MARIAGE, Publié par Presses Univ. Franche-Comté, 2007. 240 pages PP. 30-56.

MANUELS ET DICTIONNAIRES :

- J. De AJURIAGERRA. 1974. MANUEL DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT. Ed MASSON.
- Dictionnaire Fondamental De La Psychologie : A-K. ed LAROUSSE – BORDAS. 1997.
- DSM IV.
- LAPLANCHE J, PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.
- The MERCK MANUAL of Diagnosis and Therapy. 1999, 17TH Edition, Centennial Edition, Published by Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, Rahway, New Jersey, 2833 pages.
- Dictionnaire du corps, sous la direction de Michela MARZANO. PUF, 2007, 1 072 pages,
- DICTIONNAIRE FONDAMENTAL DE LA PSYCHOLOGIE. 1997. Ed LAROUSSE-BORDAS.
- Roland CHEMAMA. 1998. DICTIONNAIRE DE LA PSYCHANALYSE. Ed LAROUSSE.
- Norbert SILLAMY. 1999. DICTIONNAIRE DE PSYCHOLOGIE. Ed LAROUSSE
- DSM-IV- TR. 2003. Ed MASSON
- PSY. DICTIONNAIRE PRATIQUE ET THEMATIQUE (Psychiatrie, Psychanalyse, Psychothérapie). 2005. Ed ELLIPSES.
- Manuel de psychologie du soin. 2002. Antoine BIOY, Jean-Paul GUEDJ, Damien FOUQUES. Editions Bréal. 317 pages.
- M. CORCOS et AL. ENCYCL MED CHIR. ED Scientifique et médicales ELSEVIER SAS. PARIS. PSYCHIATRIE/ PEDOPSYCHIATRIE, 37- 215- B-65,2002. p, 150572-150587.

DOCUMENTS ON LIGNE :

- Obèse ou anorexique ? corps-société et science. Doc on ligne : <http://.staps.uhp-nancy.fr/bernard-cours/obese.pdf>.
- Luc PAREYDT, « Le corps, carrefour de la culture », CERAS - revue *Projet* n°263, Septembre 2000. URL : <http://www.ceras-projet.com/index.php?id=2019>.
- Céline Garcia, « Cet « autre » inaccessible », *Corps et Culture*, Numéro 5 (2000), Corps et Educations, [En ligne], mis en ligne le 11 octobre 2007.
URL : <http://corpsetculture.revues.org/document671.html>. Consulté le 26 décembre 2008.
- La santé de l'homme. Sommaire N°394. Dossier « anorexie, boulimie: prévenir, éduquer, soigner ». Accessible sur le site : <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>. Consulter le 20.05.2008.
- PASCHE. F. (?) *L'anti-narcissisme* : Accessible sur le site : http://www.megapsy.com/Autres_bibli/biblio045.htm. Consulté le 1 juin 2009.

ANNEXES

Annexe 1. Echelle d'attitudes alimentaires : EAT-26 (Garner et al, 1979)

Consigne : Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certains ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent ou toujours. Mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

Pas du tout/ Jamais	Très peu/ Rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop.						
2. J'évite de manger quand j'ai faim.						
3. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe.						
4. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.						
5. Je coupe la nourriture en petit morceaux.						
6. Je connais la teneur en calories de ce que je mange.						
7. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)						
8. Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage.						
9. Je vomis après avoir mangé.						
10. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						
11. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						
12. Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense physiquement.						
13. On pense que je suis trop maigre.						
14. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						
15. Je mange plus lentement que les autres						
16. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						
17. Je mange des aliments de régime.						
18. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.						
19. Je sais me contrôler devant la nourriture.						
20. Je pense que l'on me force à manger.						
21. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.						
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.						
23. Je me mets au régime.						
24. J'aime avoir l'estomac vide.						
25. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.						
26. J'ai spontanément envie de vomir après les repas.						

Annexe 2. Questionnaire d'image du corps : QIC (BRUCHON- SCHWEITZER, 2001)

Consigne : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Evitez la réponse moyenne (3) autant que possible. Vous considérez votre corps comme :

	1	2	3	4	5	
1. en mauvaise santé						en bonne santé
2. physiquement attirant						non attirant
3. source de plaisir						de déplaisir
4. féminin						masculin
5. pur, propre						impur, sale
6. exprimant la crainte						exprimant l'audace
7. vide						plein
8. quelque chose que l'on touche						quelque chose que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid						tendre, chaleureux
10. exprimant la colère						exprimant l'apaisement
11. expressif						Non expressif
12. quelque chose que l'on cache						quelque chose que l'on montre
13. calme, serein						nerveux, inquiet
14. vieux						jeune
15. érotique						non érotique
16. fragile, faible						résistant, fort
17. joyeux						triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas						quelque chose que l'on regarde
19. énergique						non énergique

ANNEXE 3 : PRESENTATION DU PREMIER CAS : B.A.R.

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 18 ans.

Profession : étudiante.

Rang dans la fratrie : 1/3 (2filles, 1 garçon).

Poids : 40 Kg. Date de dernière prise de poids : Un mois.

Taille : 1.70 m.

Niveau socio-économique : Assez aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

R.A, âgée de 18 ans, s'est de tout temps acharnée à devenir un être filiforme, à travailler sur son aspect extérieur pour éviter de penser réellement à ses difficultés intérieures. Alors qu'elle n'avait que 06 mois R.A refusait déjà de manger, le mangé était une corvée autant pour elle qu'à sa mère.

Elle ne pèse que 40 kg pour 1.70 m, la jeune fille se voit trop grosse car en pinçant sa peau entre deux doigts, elle voit toujours une couche de graisse (certes infime) et elle se sent dans la contrainte d'éliminer impérativement ce surplus.

Il faut signaler que la patiente était bien habillée et gracieuse mais peu bavarde, elle avait tantôt une position penchée, les bras croisés qui cachaient sa poitrine, tantôt accroupie et ramenait ses jambes vers sa poitrine en les serrant avec les bras ; et ce durant nos trois entretiens.

Cette patiente a été recommandée par l'une de ses amies. Afin d'éviter tout équivoque, nous avons pris le soin de lui expliquer qu'il s'agit d'entretiens qui rentrent dans le cadre de l'établissement d'un mémoire de magister.

Les entretiens que ce soit avec la jeune fille ou bien sa mère, se sont déroulés chez eux, avec une fréquence d'une une fois par semaine et ce pour la période d'un mois.

Entretien avec la mère le 20.02.2008 :

Moi : Bonjour, comment allez vous ?

La maman : Bonjour, ça va et vous ?

Moi : Ca va merci, voila comme j'ai jadis expliqué, je travail sur l'anorexie mentale, et je voudrai bien faire quelques entretiens avec vous ainsi qu'avec votre fille, si ça ne pose pas de problèmes. Bien sur tout ce qui se dira tout au long de ces entretiens sera tenu confidentiel.

La maman : Très bien, ni moi ma fille voyons d'inconvénients on est prête à vous aider dans votre travail de recherche dans la mesure du possible.

Moi : Pouvez-vous me parler de l'enfance de A.R ?

La maman : Ma fille a vécu une enfance très normale, elle n'a jamais souffert d'aucun retard ou pathologie, sauf pour l'alimentation où c'était une souffrance aussi bien pour moi que pour elle, à 2ans ma fille était déjà propre, a parlé vers 9mois, elle a dit son premier mot à 10 mois elle a pris le sein jusqu'à l'âge de 6 mois et ce n'est qu'à partir de ce moment là qu'elle a commencé à refuser de s'alimenter; par ailleurs elle était très normale.

Moi : Pourquoi, il s'est passé quelque chose à ce moment là précisément ?

La maman : Si vous voulez parler d'un événement traumatique, non il ne s'est rien passé, j'étais vraiment au petit soin, je ne laissais rien au hasard. Par contre après mon accouchement et en plus de mes 90 jours de congé de maternité, j'ai fait une suite de couche ; ensuite j'ai pris mon congé annuel ; cependant après toute cette période j'étais dans l'obligation de reprendre mon boulot ; donc la sevré vers 6 mois ; et la confié à une nourrice pas tout à fait comme je voulais « elle était un peu sèche » mais je n'avais pas trouvé quelqu'un d'autre,

Moi : Comment ça va sèche ?

La maman : Dans le sens où elle était très distante par rapport à ma fille, elle la prenait rarement dans ses bras, quand A.R faisait ses besoins, elle pouvait rester dans les même couches jusqu'à mon arrivée ou dans le meilleur des cas, elle lui changé la couche sans la lavé, mais je

n'avais pas quelqu'un d'autre pour la garder à ce moment là. Mais dès que j'ai trouvé une autre nounou je l'ai remplacé et ce après 04 mois. Cette fois ci la nounou étais plus dévoué que la première, tu sais c'est toujours le même problème quand on a des enfants alors qu'on travaille, soit qu'on ne trouve pas de nounous carrément, soit qu'elles ne sont pas sincères. Dieu merci mes enfants sont grands maintenant, j'ai soufferts avec eux, que ce soit au court de la grossesse spécialement pour A. R ou bien pour les élever.

Moi : Parlez moi de l'enfance de A. R.

La maman : J'ai souffert tout au long de ma grossesse de A.R c'était trop difficile, c'était assimilable à une dépression ; contrairement aux autres femmes qui souffraient que durant les trois premiers mois, moi, c'était les neuf mois ; les pleurs, sauts d'humeurs, vomissements... et dire que c'était une grossesse désirée, je voulais tant avoir un enfant de mon bien aimé...

Ma fille, a toujours refusé de manger, après avoir été sevré, elle refusait de prendre le biberon (qu'elle n'a jamais prit auparavant) même l'eau elle la prenait à la cuillère, au moment du mangé j'étais dans l'obligation de mettre une camisole pour éviter de me salir ; car elle vomissait le tout sans même avaler, elle garder l'alimentation sur le bout de la langue et elle la rejette aussitôt, elle été suivi par son oncle pédiatre ; elle ne souffrait d'aucune pathologie, il me disait d'ailleurs « *elle n'a absolument rien, et il ne faut surtout pas la forcer* » ; c'était l'enfer, quand je lui montrait quelque chose à manger comme le font toutes les mères avec leurs enfants ; elle se mettait en sanglots , ah que c'était pénible. Elle n'a pas changé, elle a gardé toutes ses habitudes alimentaires ; pas de grands appétits, le moins de quantité possible, le moins de repas possible, jusqu'à ne pas manger plusieurs jours d'affilé.

Moi : Pourquoi vous n'avez pas pensé à la prendre chez un médecin spécialiste ?

La maman : Pour plusieurs raisons ; la première est que ma fille, ne veut pas voir de médecin, en plus son oncle est médecin et essaye d'assurer son suivi, en plus de la prise en charge des cas anorexiques ne se fait qu'au niveau de la psychiatrie, et ce n'est vraiment pas possible de l'interner dans un hôpital avec les fous, elle est jeune, c'est une fille ; si demain une personne sache qu'elle a fréquenté la psychiatrie, personne ne voudra d'elle, tu sais notre société est très difficile, on a même pas le droit d'être malade ni d'assurer un suivi médical convenable avec de la discrétion, je ne veux pas qu'elle courts ce risque, sans parler aussi de notre image sociale, ça va nous affecté nous aussi que se soit moi, son père ou son frère et sa sœur, tout le monde sera touché, de toute façon tout le monde essaye de l'aider.

Moi : Qu'est ce que vous faites pour l'aider ?

La maman : On essaye de discuter avec elle, de lui expliquer les conséquences de sa conduites et ses pratiques, qu'elle était entraine de mettre sa vie en danger si elle ne s'arrêtait pas, même les gens vont dire que nous ne prenons pas soins de nos enfants qu'on les négligent quand il la voit trop maigre, ils ne comprennent pas qu'elle est anorexique, ça ne fait pas partie de notre culture, notre société préfère les femmes rondes, surtout en âge de mariage, moi par exemple j'ai toujours étais bien faite que se soit avant ou après le mariage, je ne veux pas que mon mari voit ailleurs ; surtout avec toutes ces jeunes filles écervelées qui courent les rues de nos jours, rien n'est sûr.

Moi : D'accord, est ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

La maman : Non, normalement non.

Moi : Merci beaucoup pour votre aide, à très bientôt.

La maman : De rien, merci à vous.

Premier entretien avec B. A. R ; le 27.02.2008 :

Moi : Bonjour, comment allez vous ?

B.A.R : Bonjour, ça va et vous ? Je me sentirai plus à l'aise si on se tutoyer, ce n'est pas grave ?

Moi : Non, je ne vois aucun inconvénient puisque ça te met plus à l'aise.

B.A.R : Marché conclu alors.

Moi : Peux-tu me parler de toi un peu ?

B.A.R : De moi ?

Je suis étudiante à l'université, je ne sais pas parler de moi, je ne le fais jamais, je ne sais pas le faire.

Si tu veux savoir, je passe inaperçu, de part mon calme tout le monde me dit que je suis trop calme même.

Moi : Qui ça tout le monde ?

B.A.R : Ma famille surtout, ensuite mes deux amies.

Moi : Ta famille te trouve trop calme alors ?

B.A.R : Moi je ne leur parle pas beaucoup, enfin... c'est ce qu'ils me disent, je leur parais très silencieuse et pas bavarde du tout, on dirait que je suis indifférente à leur égard, quoi... papa me dit que je parle beaucoup de mon corps, il ne cesse de me répéter que la vie ne se limite pas à mes préoccupations corporelles, alors que moi je me sens bien et je trouve qu'ils exagèrent.

Moi : Tu parle beaucoup de ton corps ? De quelle manière ?

B.A.R : Je n'aime pas beaucoup mon apparence, je me trouve très moche très laide. Je n'aime pas mon visage. Sinon et malgré que j'oublie souvent de manger, mais je ne voudrai pas changer mon poids, je me trouve bien, mais je ne veux surtout pas grossir, sinon c'est le régime strict qui résoudra tout mes soucis. Je fais des régimes de temps à autre et malgré mes efforts pour maigrir, je reste toujours grosse, en réalité je ne m'aime pas beaucoup, je veux arrêter le temps et être soulagée de mes craintes.

Il y'a des moments où je sens que j'ai beaucoup changé mais en quoi je n'ai aucune idée.

Moi : Arrêter le temps et être soulagée de tes craintes ? Quelles craintes ? Est-ce que tu peux développer ?

B.A.R : Il y'a beaucoup de choses à dire... rien n'est plus comme avant, ni moi, ni ma façon d'être, même mon corps a changé, je ne le reconnais plus, je ne me reconnais plus, quand je me vois dans une glace ; j'ai l'impression de voire quelqu'un d'autre que moi, rien ne va plus, je te cite à titre d'exemple, mes devoirs que je ne fais plus mes devoirs avec la même cadence surtout quand c'est maman qui me le demande, dans mes relations aussi, je pense que j'étais plus censé, la preuve je ne sais plus qu'est ce que je fais, je me sens perdu par rapport à moi-même et à mes études surtout entre ma 1ere année universitaire qui est très difficile et le bac que j'ai décidé de refaire, dans le but de faire autre chose que technologie, n'importe quoi d'autre, pas spécialement quelque chose de bien précis.

Si j'étais censé comme d'habitude, j'aurai bloqué mon année et refais mon bac à l'aise, même mon copain, je ne le vois plus. Je suis incapable de prendre des décisions de m'affirmer, ça m'embête tellement.

Moi : Le fait que tu sois incapable de prendre des décisions et de t'affirmer t'embête dans quel sens?

B.A.R : Non, ce n'est pas tout à fait ça, je ne me sens pas bien dans ce corps, et ça me bloque énormément, je me sens frustré ; déçu par mon enveloppe. Je lutte contre ce corps, il est synonyme de souffrance à mes yeux, j'ai un sentiment de vide, d'angoisse et d'insécurité par rapport à mon corps j'ai peur qu'il m'attire des ennuis, imagine que je sois agressé ou que je ne plaise pas ou que les autres femmes soient jalouses de moi ? C'est effrayant. Des fois je sens mon corps comme un instrument me permettant pour me déplacer... je n'ai plus de force pour gérer tout cela.

Moi : Pourquoi pense tu que ton corps peut attirer des ennuis ou que les autres femmes soient jalouses de toi ?

B.A.R : Oui, en général la femme n'est perçue qu'à travers la sexualité, c'est pour ça que j'évite le regard des autres, je n'aime pas qu'ils me regardent spécialement les hommes, je sens dans leur regard un désir une envie et ça me fait peur, imagine qu'un jour un homme m'attaque, me viole... je mourrai avant qu'il me touche, tu imagines un peu tout ça ? Ca m'effraie énormément. Et en parallèle, toute femme désire être regardée -sauf moi – et n'aime pas que les regards soient posés sur quelqu'un d'autre qu'elle, et que les hommes s'intéressent à d'autres femmes, ça fait partie de leurs instincts, imagines qu'un jour l'homme, le fiancé, le mari, l'ami ou je ne sais plus qui de l'une d'entre ces femmes ; par malheur s'intéresse à moi... ça va être la fin du monde. Elles se disputeront avec moi, j'aurai beaucoup de problèmes ; tout ça me tue, me

torture, c'est pour ça que je n'aime pas mon corps, que je souffre de mon corps... sais tu que je ne vais jamais dans des endroits ou je risque de trouver beaucoup d'hommes, je mourrai de honte, j'aurai l'impression qu'ils me déshabillent des yeux. Moi, je veux être aimé de tous et en permanence, hélas ce n'est pas possible je ne peux être aimable qu'en fonction de ma minceur et ca me donne l'envie de mourir. Si tu veux savoir, si j'avais la possibilité de changer quelque chose dans mon corps ça serai de tailler mes hanches; les faire disparaître complètement. Je pense que c'est ce qui attire le plus.

Même mes seins si j'avais la possibilité de les enlever je le ferais, j'ai une énorme poitrine par rapport à ma taille et à mon âge; quand j'étais un peu plus jeune et quand je commençais à peine à avoir une poitrine, mes camarades de classes commençaient à se moquer de moi car j'étais plus précoce que les autres filles, même à la maison tout le monde se moquait de moi et me faisait des remarques, j'avais très honte, je voulais les faire disparaître... Je commençais alors à faire rentrer ma poitrine et à arrondir mes épaules par espoir de cacher tous ces changements et de passer inaperçu et surtout échapper à tout type de remarques désagréables.

Moi : Tu veux qu'on s'arrête là pour aujourd'hui,

B.A.R : Ok, je préfère je me sens fatigué.

Moi : Très bien, on se voit donc la semaine prochaine le même jour à 14h.00.

Un autre rendez-vous est fixé pour le 05.03.2008 à 14h.00.

Deuxième entretien : le 05.03.2008 :

Moi : Bonjour, comment ça va ?

B.A.R : Bonjour, ça va et merci et toi ?

Moi : Peut-on commencé ?

B.A.R : Oui, je suis prête.

Moi : Tu m'as dit la dernière fois que tu avais un copain, peux tu me parler de votre relation.

B.A.R : J'ai un petit ami, mais je n'ai jamais eu de relations sexuelles ni avec lui ni avec quelqu'un d'autre, je me refuse l'impureté, je trouve que c'est souillant. Si je m'adonnais à ça je serai faible... Et je refuse de concevoir que je fais parti du sexe soumis, je ne peux pas être victime des mâles, je me tue si un jour je sens une faiblesse vis-à-vis d'un garçon, je suis tellement moche. D'ailleurs, eux même ne peuvent pas être attirés par un corps comme le mien. Un corps trop gros et trop gras peut être, regarde, je sens une couche de graisse en pinçant la peau entre deux doigts, que je dois vite éliminer... en réalité ; je n'aime pas qu'ils me regardent ni qu'ils s'approchent de moi, je me sens agresser.

Moi : Parle-moi de ton enfance, de ta famille.

B.A.R : Comment, je ne comprends pas...attends que je réfléchisse...moi ? Mon enfance était normale, n'a rien de spécial, j'ai eu une enfance heureuse. J'ai toujours été suffisamment proche de mes deux parents mon père est très gentil ; il prend soins de nous tous ; il s'occupe de nos études de notre avenir, il fait tout pour nous satisfaire, même ma mère est gentille mais on se dispute tout le temps, pour un oui, pour un non surtout quand je ne fait pas mes devoirs quand elle le décide ou quand je ne l'aide pas dans les tâches ménagères, elle ne veut pas comprendre que je ne suis plus cette petite fille qui doit obéir au doigt et à l'œil... Elle se croit parfaite...Tout compte fait, elle a raison, mais je suis faite comme ça... je ne peux pas changer même si je le voulais. Je m'entends bien aussi avec ma sœur cadette entre filles quoi. Mon frère est un peu casse-pieds.

Mes parents s'entendent bien, ils s'adorent, il y'a des moments où je pense qu'ils oublient que je suis là et que j'existe. Je ne me trouve pas ma de place dans ce monde ; mon corps doit prendre le moins d'espace possible. Sinon ma vie à tout ce qu'il y'a de plus normal, j'adore regarder la télévision. Je me connecte sur internet, je m'amuse à jouer sur Internet à

travers des jeux d'habillage de poupées et de mode, je fais beaucoup de dessin, mais juste des femmes bien habillée, j'aurai aimé être styliste, et faire habiller les gens, j'adore les dessins de coloriage, c'est les seuls moments où j'arrive à laisser aller ma pensée, sinon je discute par le biais du MSN, je fais surtout de la danse, c'est pratique pour perdre du poids : c'est mon hobbies, ma pratique préférée «joindre l'utile à l'agréable ». N'est ce pas ?

Moi : Quelles sont aussi tes pratiques pour perdre du poids ?

B.A.R : Je prends des repas équilibrés, variés, des légumes, pas de toxines telles que gras ou sucre, ou bien dans les cas extrême c'est-à-dire quand je fais des écarts, je me fais vomir car je me sens pleine et lourde... Il y'a des journées où je mange d'autres pas du tout et le plus souvent je ne mange pas car je n'ai jamais faim, je ne calcule jamais les calories... ça m'arrive d'acheter des casse-croûtes à l'université. Par exemple : aujourd'hui j'ai pris un verre de lait et un verre de jus c'est tout, Hier j'ai pris un artichaut, Avant-hier : un paquet de biscuit de 10 DA.

En général tel est mon régime alimentaire habituel, la sensation de faim a disparu, d'ailleurs ma mère me dit souvent que mon estomac a été rodé pour prendre des quantités alimentaires très réduites, et il faut que je la rééduque, si je veux surpasser cette phase. Mais, je n'arrive pas, je n'ai pas faim d'une part, et d'autre part la vue du mangé ne m'attire pas, ça me donne l'envie de vomir... ma mère dit aussi –de part son métier de dentiste- que les acides que sécrètent notre estomac après chaque repas, m'esquintaient les dents à chaque fois que je me faisais vomir. Je ne lui dis pas que je me fais vomir, je le nie en plus je ne peux pas m'empêcher de le faire, je sens quelque chose au fond de moi qui me pousse à le faire sinon je me sens très angoissé, j'ai même envie de pleurer quelque fois ; surtout quand ce que j'ai avalé reste coincer dans mon estomac, ne remonte pas, je suis consciente que ce n'ai pas normal mais je n'arrive vraiment pas. Je suis comme ça et je ne peux faire autrement.

Moi : Parle-moi de tes relations amicales.

B.A.R : Des amis, je n'en ai pas, j'ai seulement des camarades, et encore, je ne parle qu'à deux copines, c'est tout, je n'aime pas avoir beaucoup de fréquentations ça ne m'amène à rien, c'est inutile, la chose qui ne mène nulle part je l'évite et je ne la fais pas, c'est de la perte de temps et de l'énergie. Mais par contre je garde un très bon lien avec mon enseignante de français au CEM, je l'adorais, j'avais de très très bons rapport avec elle, quand je n'avais pas cours ; j'allais assister à ses cours avec les autres classes, peu m'importais le niveau des classes l'essentiel pour moi était d'être proche d'elle, même elle m'aimait beaucoup, en rentrait ensemble, on a garder le lien jusqu'à présent, maintenant elle vient même chez nous ; elle est devenue une amie

à la famille, elle pratiquement le même âge que ma mère c'est pour ça qu'elles sont devenues amies, ça me plait qu'elle vient chez nous.

ANNEXE 4 : PRESENTATION DU DEUXIEME CAS : B.N

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 21 ANS.

Profession : couturière.

Rang dans la fratrie : 1/6 (3 filles et 3 garçons).

Poids : 36.6 kg. Date de dernière prise de poids : 10. 11. 2008.

Taille : 1.64 m.

Niveau socio-économique : Moyen.

Situation matrimoniale : célibataire.

B.N est une jeune fille de 21 ans, dont la seule activité quelque peu énumérée se résume à la couture au niveau même du domicile familial. Elle avait été référée au centre médico-psychologique « prévention de suicide et des troubles psychiques post-traumatique » de la psychiatrie de Annaba, par son médecin traitant.

N, tente de cacher maladroitement sa maigreur extrême, par un surplus vestimentaire, en toute saison, cependant on perçoit aisément qu'elle n'a plus que la peau sur les os. En effet, elle pèse 36.6 KG pour 1.64 m. la restriction alimentaire a toujours fait partie du quotidien de la patiente, d'ailleurs malgré ses os saillants, elle continue à ne manger que du riz bouilli.

La jeune fille banalise son enfance, et se limite à se qualifier d' « *enfant malade* », elle souffrait de BRONCHITES répétées.

Par ailleurs, notre cas, est soigneusement habillé, semble banaliser son symptôme « l'anorexie », durant l'ensemble des entretiens, la patiente avait les bras et jambes souvent croisés, sinon les doigts entre mêlés, émotive, se met facilement en pleure.

Durant tous les entretiens, elle n'a cessé de me poser la même question : « *tu es d'origine Chaouia ? Tu leur ressemble beaucoup, moi je suis Chaouia* ». Ce qui nous incite à réfléchir sur ce transfert :

Es ce une quête d'appartenance, ou plutôt une recherche d'un double narcissique, à travers de la projection ?

Premier entretien : le 11. 11. 2008 :

Malgré que le cas fût préparé par son psychiatre pour ma visite, et de la démarche que je dois entreprendre à son égard, je lui ai ré expliqué quand même, qu'il s'agit d'entretiens de recherche.

Moi : Bonjour, comment allez vous ?

B.N : Bonjour, en soupirant, ça va elhamdoulillal.

Moi : Veux-tu me parler de toi et de ton enfance.

B.N : je suis très normale, je fais partie d'une famille simple, composée de ma mère, mon père, mes trois frères et deux sœurs. Ma mère ne travail pas, moi je fais de la couture et de la broderie, mon père est fonctionnaire à la société « TRANSMETAL » ; deux de mes frères font une formation, et l'autre, il ne fait rien, il chôme, comme ma sœur cadette, quant à la benjamine, elle est écolière.

Ma sœur cadette est plus libre que moi, elle sort quand elle veut, moi par contre mon père a préféré m'interrompre les études, alors que j'étais en 6^{ième} année, j'étais bonne élève... j'avais de bons résultats scolaires, il pense que suis fragile, incapable de me défendre face aux agressions, car l'école était un peu loin de la maison et je n'avais pas les horaires que mes frères... Je ne peux pas le lui pardonner, c'était le seule moment où je pouvais sortir à l'aise, je me sentais utile ... (silence).

Je ne sors jamais seule... je ne me rappelle pas avoir passé la nuit en dehors de chez moi, sans ma mère, elle avait très peur de me perdre, elle garde toujours un œil sur moi, je ne me déplace jamais sans ma mère. Sais tu que je suis la seule à avoir eu le privilège d'être la plus allaitée par rapport à mes frères et sœurs, je ne sais pas exactement à quel âge j'ai était sevré, mais d'après mama, c'était vers les deux ans et demi, contrairement aux autres qui étaient sevrés tous vers une année.

Comme je ne sors pas beaucoup, je n'ai pas beaucoup d'amis (ies), mes deux seules amies sont mama et ma cousine du même âge. A qui je peux tout raconter. Je ne fais pas confiance aux autres, surtout les hommes, depuis mon jeune âge, ma mère me demandait de se méfier ; au point que mes camarades se moquaient de moi quand j'étais élève, ils me disaient

que j'étais lâche, que j'avais peur des garçons, en réalité, je n'avais pas peur mais je ne les aimais pas c'est tout, je ne leur faisais pas confiance, je pensais que je leur parler, les autres vont penser que je n'étais pas bien éduqué, que j'étais une fille facile (silence) à vraie dire, je pensais qu'ils allaient penser que je n'étais plus vierge, je pensais qu'on pouvait perdre notre virginité rien qu'on parlant aux garçons, en plus mama me disait toujours de faire attention, car les garçons ne pensent qu'au sexe ; je sais qu'elle a raison, comme toujours ; on est très proche toutes les deux là où elle va je suis avec elle, moi je ne pense jamais à aller nulle part sans elle. Elle avait peur de me perdre ; elle est très attentive avec moi ; elle veille toujours sur moi, je ne me déplace jamais sans elle, o, passe tout notre temps ensemble.

Moi : pourquoi penses tu qu'elle avait peur de te perdre ?

B.N : D'une part Car, elle avait perdu une sœur, avant moi, -40 jours après sa naissance-, elle le répète à tout moment, elle dit que le fait de perdre son enfant est insurmontable, elle dit que perdre un enfant est pire que de perdre une partie de soi-même, et d'autre, parce que j'étais tout le temps malade, je souffrais de bronchites répétées. Ma mère était toujours présente, contrairement à mon père... son seul souci est « travaillé », il est toujours absent il ne pense qu'à assurer les choses essentielles de la vie ; je ne me rappelle pas un jour avoir été prise dans ses bras.

Je lui parlais rarement, déjà de nature je ne parle pas beaucoup, sauf ma mère ou ma cousine, je ne partage mes pensées qu'avec elle ; sinon tout doit rester bien caché au fond de mon cœur, je ne m'exprime pas beaucoup, même pas avec mes frères et sœurs, d'ailleurs je ne m'entends pas tellement avec eux, spécialement ma sœur cadette... je ne comprends pas pourquoi elle ne m'aime pas, pourquoi se moque-t-elle de moi ? Pour un oui pour un non, elle se met à commenter mes dires, faits et gestes, je me sens surveillé je suis tout le temps sur mes gardes -elle se met en sanglots et dit, enfin... je préfère rentrer mais est ce que je peux vous demander quelque chose ?

Moi : Oui bien sûr.

B.N : Es tu chaouiya ? Tu leur ressembles beaucoup, moi je le suis...

Un autre rendez-vous est fixé pour le 18.11.2008 à 10.00

Deuxième entrevu : 18.11.2008 :

Moi : Alors comment ça va aujourd'hui ?

B.N : ça va elhamdoulillah.

Moi : est tu en mesure de me parler de ton anorexie ?

B.N : Moi ? Mais je ne suis pas malade, j'ai toujours eu un faible appétit, mais quand j'ai eu mes règles pour la première fois à l'âge de 15 ans ; quelque chose a changé, mais je ne sais pas ce que c'est, avant j' étais plus sage et maintenant... toute remarque me touche m'hérite, mais je ne dis rien, sauf quand on me dit que malgré ma taille je suis une bonne femme de foyer, car je fais tout absolument tout à la maison, moi je me sens bien, c'est les autres qui se moquent de moi, c'est pour ça que je me mets beaucoup de vêtements pour que les autres ne me gênent pas avec leur regard désagréable, j'ai l'impression qu'ils me dénudent avec leur façon de me regarder, moi je me sens bien comme ça je le jure.

Moi : comment comme ça ?

B.N : Comme je suis maintenant, mais une angoisse persiste, je sens toujours une boule, une envie de pleurer, les autres me trouvent très maigre, moi je ne le trouve pas ; au contraire... mais m'éviter toute gêne, je mets beaucoup de vêtements, tout le monde me demande « *pourquoi tu ne te force pas à manger ?* » Allah ghaleb, je n'arrive vraiment pas, j'ai envie de vomir rien qu'à la vue de la nourriture, dans certains cas ; je n'arrive même pas à avaler du riz bouillit, je ne mange rien pendant des jours, je ne prends que de l'eau.

Moi : certains cas ?

B.N : Oui ? Certains cas, quand je ne me sens pas bien, quand je ..., puis je te raconter une histoire... mais c'est très intime ?

Moi : Oui, je t'écoute ;

B.N : je te jure que je n'ai jamais fréquenté un garçon (elle pleure)... d'habitude ils ne s'intéressent pas à moi, ni moi à eux, ils me trouvent moche certainement... et moi, je les trouve cruels, la preuve est bien là... .

Moi : Oui...

B.N : En dehors de mère et de ma cousine, je n'ai pas une personne à qui je peux me confier, et encore, je ne peux pas tout raconter à ma mère, alors, c'est avec ma cousine que je discute, de tout et de rien, et à chaque fois qu'on parle de mariage ; elle me dit que pour se marier, « *il faut que tu connaisses la personne qui doit demander ta main, qu'il ne faut pas être rétrograde* »,

alors, je devais faire comme tout la monde, malheureusement pour moi, ça s'est très mal passé... -contrairement aux autres jaunes filles-.

Un jour un jeune homme s'est intéressé à moi, il était receveur dans un bus, ma cousine m'a conseillé d'accepter ; elle disait « *peut être que ça marchera* », je me suis laissée convaincre et j'ai fini par accepter... si seulement je ne l'ai pas fais...

(Elle pleure, s'arrête un moment) après avoir prit un verre d'eau elle continu :

On s'est donné rendez-vous dans un endroit public, ensuite il m'a demandé de marcher un peu, histoire de se dégourdir les jambes, j'ai accepté, à vraie dire, je ne me sentais pas en danger, prise par la discussion ; je ne sais pas comment on est arrivé du coté de la voix ferroviaire... Il n'y avait personne, je commençais alors à avoir peur, il me rassurait au départ en disant : « *on va rien faire, on va juste s'asseoir pour se reposer un peu et discuter sans être déranger, ensuite on repartira.* ».

(Un silence, toujours en pleurs, je lui demande de s'arrêter si elle ne se sent pas bien, mis elle préfère continuer).

Au début ça s'est déroulé exactement comme il l'a dit, mais dès que j'ai dit qu'il commençait à se faire tard que je devais rentrer, les choses ont basculé d'un coup... Il m'avait dit « *il ne faut jouer un peu, ensuite tu rentrera* », bien sûr j'ai refusé, je ne cessais pas de le supplier, je lui disais que ne suis pas comme les autres filles, que je ne pratiquais pas ce genre de choses, je ne sentais étouffer, comme si quelqu'un me serré la gorge très fort, je n'arrivais pas à respirer, mes cries étaient étouffés, et lui en souriant disait « *tu peux crier autant que tu veux, il n'y a personne pour sauver* ». Je voulais me débattre, alors, il frappa et... me sodomisa (elle pleure et se tue pour un moment). J'ai vomis tout de suite après et tout en pleurant je voulais quand même savoir pourquoi il n'avait fait cela, il m'avait dit : « *tu es trop maigre pour supporter une nuit de noce, c'est pour ça que je te sodomise* ». Je me sentais et je me sens toujours souiller, rabaisser, soumise, sale, c'est insupportable, je suis rentrée ensuite dans un état lamentable...

C'est ma cousine qui m'a conseillé de sortir avec cet ogre, -elle ne pouvait pas deviner, elle ne le connaissait pas-, elle a longuement pleuré quand je le lui ai dit, il fallait le dire à quelqu'un c'était très dure à assumé.

D'habitude je n'ai pas confiance en les hommes, je pensais qu'il était sincère, au point de dire à ma mère qu'on allait se voir... elle m'avait dit : « *oui, pourquoi pas* ». Mais elle n'est au courant de rien, normalement, elle devine tout, c'est une mère, c'est simple après mon retour elle a remarqué que rien n'allait plus, elle a insisté pour savoir qu'est ce que j'avais, elle a posé beaucoup de questions, mais je n'ai rien dit, j'avais peur de sa réaction. En plus elle m'a toujours dit : « *qu'il faut ne faut pas être très confiante par rapport aux garçons, car ils ne pensent qu'au sexe* », elle a bien raison je le sais, mais je ne tiens pas à ce qu'elle me répète sa fameuse éternelle réplique : « *je t'avais bien prévenu, tu ne fais qu'à ta tête* ».

Moi : Alors, rien n'allait plus donc ?

B.N : Oui... , juste après, j'ai perdu davantage l'appétit, j'avais de nausées rien qu'à la vue de la nourriture, j'ai perdu 03 KG en un temps record ; deux semaines, je ne mangeais plus rien pendant des journées entières, je pleurais tout le temps, je me sentais sale, je sentais une rage au fond de moi ; c'était une HOGRA pure et simple, c'est comme si je devenais une trainée, Surtout les premiers jours, dès que quelqu'un me fixait du regard, je disait : ça y'est il s'est rendu compte, il l'a découvert... Je sais que beaucoup d'autres filles le font, mais pas moi ; je ne suis pas comme ça, c'est une autre personne que moi, mon éducation ne me le permet pas.

Un moment de silence puis elle pose cette question :

Si jamais je me marie, est ce que mon mari peut le découvrir ? Car je sens mon anus dilaté en me touchant,

Moi : Je pense que puisque il s'agit de la première fois, il va se contracter et retrouver son état initial. Veux tu qu'on s'arrête ?

B.N : Oui, je me sens fatigué, mais dis moi avant ; es tu chaouiya ?

Moi : Non, je ne le suis pas.

Un autre rendez- vous a été fixé pou la date du 25.11.2008.

Troisième entrevu : 25.11.2008 :

Moi : comment te sens tu aujourd'hui?

B.N : ça va, je voulais te dire quelque chose, tu avais raison, j'ai remarqué que mon anus se contracte et ça me rassure.

Moi : c'est bien que tu te sentes rassurer.

B.N : c'est vraie, mais je ne comprends toujours pas pourquoi ça m'arrive ? Il y'a sûrement quelque chose en moi, qui l'a poussé à me violer et à me sodomiser surtout.

Puisque il me trouve maigre, donc trop moche pour assumer une pénétration, moi je ne voulais rien ; ni ça ni autre chose, j'étais bête de le croire, je pensais qu'il ne pouvait pas être attiré sexuellement par moi, je pensais que je lui plaisais parce que j'étais bien éduquée c'est tout, il s'est moqué de moi comme ma sœur,... ils ont sûrement raison ; je suis très moche, les autres ne m'aime pas, ma mère me dit : « *le plus important est que moi je t'aime comme tu es ma fille* ».

Je mets quand même beaucoup de vêtements, parce que je me sens gêner par le regard d'autrui, il me fait mal, je déteste mon corps il ne m'apporte que des ennuis, même en voulant ressembler aux autres je me suis cassée la figure, j'ai une envie d'effacé mon corps, pourquoi les autres ne veulent pas voir ma véritable valeur, mon éducation, ma capacité à gérer un foyer, pourquoi faut il qu'ils n'apprécient que mon apparence.

Elle pleure longtemps, ensuite elle se met à rire et dit :

Imagine si on avait la possibilité de vivre sans corps, libre comme l'aire ; ça sera bien hein ? En attendant que Dieu me récupère inshallah, je vais me consacrer à la couture, plus de garçons c'était la première et la dernière fois, ils ne méritent pas je vaux mieux que ça.

Moi : Tu disais alors que tu ne cherchais ni ça ni autre chose, alors que cherchais tu exactement en acceptant de sortir avec ce jeune homme ?

B.N : Je ne sais pas, je voulais ressembler aux autres jeunes filles, je voulais me marier, parce que ma mère me demandait de coudre des trucs pour mon trousseau, je pense qu'il est encore tôt pour se marier, je suis encore jeune... parce que ma cousine me l'a conseillé aussi, peut être parce qu'il est grand, brun, je pensais que je pouvais avoir confiance en lui, puisque il ressemble à mes frères et à mon père physiquement ils sont bruns eux aussi mais pas cruels du tout.

Je me sens vider, merci je veux partir mais dis moi : tu n'es vraiment pas chaouiya, tu leur ressemble énormément.

Moi : je suis désolée, mais je ne le suis pas.

Le prochain rendez- vous a été fixé pour la date du 20.12.2008 pour l'application du RORSCHACH à 10h.00.

ANNEXE 5 : PRESENTATION DU TROISIEME CAS : B.M

DONNEES PERSONELLES :

Age : 22 ans.
Profession : secrétaire.
Rang dans la fratrie : 1/1.
Poids : 37 KG. Date de dernière prise de poids : un mois.
Taille : 1.66 m.
Niveau socio-économique : Moyen.
Situation matrimoniale : Célibataire.

B.M est une jeune fille âgée de 22 ans, elle a un diplôme en secrétariat et travaille dans le cadre du pré emploi, elle est venue d'elle-même aux services de la DAS (direction de l'action sociale), afin de voir un psychologue, sa demande initiale est de se débarrasser de son angoisse et son lourd fardeau.

Premier entretien : le 22.07.2008. À 14h.00.

La patiente s'est présentée aux services de la DAS, afin de parler avec un psychologue, sa demande initiale était de pouvoir se débarrasser de son angoisse et lourd fardeau. Elle a commencé à discuter avec un psychologue au service d'aide aux personnes démunies, sachant qu'on travaille sur l'anorexie mentale ; il nous l'a orienté.

MOI : Bonjour, comment ça va ?

B.M : Bonjour, je ne me sens pas bien, je me sens très mal.

MOI : Elle avait une corpulence assez remarquable, ce qui nous conduit à lui demander, si elle souffrait d'une maladie quelconque.

B.M : Je pense que j'ai un souffle cardiaque.

MOI : Tu pense que tu souffre d'un souffle cardiaque, as-tu consulté pour ça ou fait un ECG?

B.M : Non, pas besoin, à chaque fois que je consulte, on me dit que je ne souffrait de rien, mais je le sais parce que j'ai tout le temps des palpitations, des bains de sueurs, tout les symptômes nécessaires, en plus des douleurs que je sens tout le temps, sans citer d'autres maux, tels que des douleurs au niveau de mon estomac qui n'ont pas lieu d'être , ou même d'autres que j'ai oublié, en tout cas trop de douleurs qui me font haïr mon corps. Pourtant j'essaye d'entretenir mon corps.

MOI : Qu'est ce que tu fais pour entretenir ton corps?

B.M : Je surveille ma ligne, je n'aime pas grossir, en ce moment je suis au régime, regarde je me sens déformer, je n'aime pas que ça déborde de par tout, je dois tout cacher, je mets tout le temps des habilles amples : de longs pulls, des chemisiers suffisamment longs pour cacher mes hanches... Je suis consciente que tout cela n'est pas normal, je sais même qu'il s'agit d'une anorexie mais je ne veux pas aller à la psychiatrie, comme les fous... -un petit sourire- je fais beaucoup de lecture, j'ai toujours été anorexique, cependant mon problème est tout à fait autre, je me sens bien comme je suis, c'est un problème plus grave, il s'agit d'une situation qui me dépasse, que je n'arrive plus à gérer ; je me sens impuissante et ça me tue.

Je peux vous parlez maintenant ou faudra t il repasser un autre jour ?

MOI : je préfère qu'on se donne rendez vous la semaine prochaine : le 29.07.2008 à 10h.00

Deuxième entretien : le 29.07.2008. À 10h.00.

MOI : Bonjour, comment vas-tu ?

B.M : pas trop mal...

MOI : tu m'as dit la dernière fois que tu avais un énorme problème, que tu n'arrivais plus à gérer...

B.M : ouf, j'ai perdu mon père depuis peu (Février 2008), et depuis je me sens perdu, désorienté.

Par où je dois commencer, il y'a tellement de choses à dire, j'espère que vous n'allez pas vous ennuyer avec moi et mes histoires.

MOI : Commençons par le commencement. Comment sais tu que tu es anorexique ?

B.M : Je n'arrive pas à manger, je vomis tout ce que j'avale, je ne prends que du yaourt nature, je prends beaucoup beaucoup d'eau, elle me sert de coup faim et de coupe appétit d'une part, et d'autre part elle me facilite les vomissements.

En plus je dispose d'un petit carnet nutritionnel qui indique les valeurs énergétiques et caloriques de chaque aliments, je calcule tout ce que je prends, de toute façon je ne prends que les fruits les moins caloriques tels que mandarines, orange ou pastèque le reste des aliments ne m'attirait plus sinon, je me fais vomir tout de suite.

Malgré tout ça je ne me sens bien et épanouie que dans cet état, si je mange je sens un malaise, je me sens très lourde juste après, parfois, je sais déjà que je vais vomir avant même de manger. Je suis comme ça depuis l'âge de 17 ans et il ne s'est rien passé.

Je me sens mal, quand je parle de tout cela, c'est possible que je veux vous parle d'autre chose ?

MOI : Oui si tu veux.

B.M : J'ai pris grossesse quand j'avais 16 ans, d'un cousin par alliance, je lui étais promise dès mon jeune âge, mes parent voulais s'assuré que je me marierai avec quelqu'un de bien – en pleurant, elle continu à parler- apparemment, il trahit leur confiance et m'a entraîné avec lui. Quand ma mère a apprit la nouvelle, elle a piqué une crise de nerfs incroyable ; elle m'a frappé, j'avais des bleus par tout, elle me disait « *ça n'arrive qu'à toi..., tu ne sais pas te retenir... rien de cela ne pouvait t'arriver, si tu étais un garçon* ». Elle disait beaucoup de méchanceté, des choses qui me sont restées gravé, quant à mon père, il a essayé de parler avec les parents de mon fiancé, bien sûr, il a tout nié, il a préféré fuir.

Suite à cette réaction, mes parents ont décidé de cacher ma grossesse, et ma mère commençait alors a joué de la comédie, a simulé une grossesse, et moi, je me cachais de tout

regard, je n'avais le droit de voir personne, et quand quelqu'un demandait après moi, ils disaient que j'étais à l'école ou chez l'une de mes tantes.

Enfin, une fois accouché, mon père a inscrit mon fils sur le livret de famille, et il est devenu mon fils et mon frère ; car mon soit disant prétendant a rompu nos fiançailles et parti à l'étrangers, à partir de ce moment là et malgré que je sois déjà anorexique, d'ailleurs ma mère me disant que quand j'étais jeune je préférais prendre les laitages, et évitais les autres aliments, mon anorexie s'est accentuée, non seulement je me sentais mal dans ma peau, je me voyais déjà très obèse, déformée, un rond ambulante, mais en plus je me sentais perdu, triste, angoissée, je refusais ma situation, je sentais une rage trop intense par rapport à moi-même, je haïssais tout, à commencer par mon corps qui m'a apporté malheur, honte et déshonneur, je détestais les hommes. Je rejetais cet enfant, je le déteste, je ne supporte pas sa vue, ma mère prenait soins de lui, il dormait et dort toujours avec elle, je me voyais incapable de faire tout ce qu'elle faisait ; élever un enfant n'est pas mon truc, déjà que je prends à peine soins de moi-même, comment veux tu que je prenne en charge quelqu'un d'autre, moi-même je sens le besoin qu'on s'intéresse à moi. Oui, je déteste cet enfant, il m'a fait entrer dans un monde qui n'est pas le mien, je me sens dépourvu de toute capacité à le faire, je suis encore jeune pour vivre tout ce calvaire ; les filles de mon entourage à cette époque déjà sortaient, s'habillaient, et moi j'étais enfermée entre quatre murs, par peur qu'on découvre cette grosse bêtise

Heureusement que mon père était là à cette période, je voyais de la déception dans ces yeux, mais il m'entourait de beaucoup d'affection, il essayait de me pousser vers l'avant quelque soit la situation, il me disait « *j'ai confiance en tes capacités, tu pourras surmonter toutes épreuves, tu es courageuse, et tu vas arriver* », grâce à ses encouragements j'ai pu faire secrétariat et travaillé dans une société dans le cadre du pré-emploi, il faisait tout le nécessaire pour me protéger des jugements et préjugés de mon entourage, tout le monde se posait des questions au tours de mon éclipse durant les neuf mois de grossesse, mais les répliques étaient vite trouvées, et bien placées. Personne n'était au courant de cette grossesse, ni de la véritable origine de ce soit disant (enfant) tout était bien ficelé.

MOI : Et maintenant, quel type de relation entretiens tu avec ton enfant ?

B.M : malgré que j'ai grandi, je me sens toujours triste, grâce à mon adorable père j'ai pu faire secrétariat, mais je n'aime toujours pas cet enfant, par moment je me dis que peut être que je suis jalouse de lui, car il s'est accaparé de la place qui me revenait de droit, ne suis-je pas leur unique et véritable enfant ? Malgré que ma mère est très sévère, je ne veux pas la partager avec lui, il m'a prit mes parents, au départ et quand ma mère a appris que j'étais enceinte, elle m'a frappé mais là j'ai l'impression qu'elle ne vit que pour cet enfant, elle a négligé tout le monde,

même mon père, moi je ne pouvais faire de remarques, j'avais honte, peur de sa réaction, j'avais peur qu'elle me dise quelque chose de désagréable tel que : c'est ton enfant, un jour d'ailleurs elle m'a dit « *c'est tes déchets que je nettoie derrière toi* », mais en même temps, elle le prend en charge avec un réel plaisir, en dirait que c'est sa propre progéniture, elle ne pourra jamais lui dire « *rien de cela n'aurai pu t'arriver si tu étais garçon* » un garçon ne vivra jamais une grossesse, personne ne se rendra compte s'il a eu ou non des rapports sexuels, il n'aura pas à supporter le regard de l'autre, son jugement, malgré tout cela je ne veux pas lui donner ma mère, il s'est accaparé d'elle, maintenant mon père est parti sans possibilité de retour, face à tout cela je me cache pour exploser mes ressentis, car je n'aime pas qu'on me voit pleurer, c'est insupportable, je n'aime pas pleurer, c'est une faiblesse et je n'aime pas l'être, ça m'arrive rarement heureusement.

Je ne sais plus ou donner de la tête, j'ai envie de mourir, je veux me tuer.

MOI : te tué ? L'as-tu essayé un jour ?

B.M : Non, franchement non, mais cette idée m'effleure l'esprit souvent, surtout quand je me sens seule, sans soutien, ma mère est prise tout le temps et ne fait plus attention à moi, elle ne fait que donner des ordres, et mon père est mort j'étais très attachée à lui, sa perte me déstabilise, je n'ai plus personne. Je ne sais pas si je le ferai un jour, mais l'idée est là.

Ça me fait mal, je peux m'arrêter ?

MOI : Oui bien sûr, on se voit la semaine prochaine ; le 05.05.2008 à 10h.00.

B.M : D'accord, au revoir.

Troisième entretien : le 05.08.2008. À 10h.00.

MOI : Bonjour, Comment te sens tu par rapport à la semaine passé ?

B.M : Ca va, ça peu aller...

MOI : Je voulais savoir quel genre de relations tu as avec ton entourage familial et amical.

B.M : Ma mère a toujours tout contrôlé, ça m'embêtait, quand j'étais jeune je me sentais impuissante, mais maintenant j'arrive à réagir, elle contrôlait même mon père, en réalité je sais que je suis agressive avec elle, si comme si je n'arrivais pas à lui pardonner quelque chose mais je ne sais pas quoi, la seule chose qui me vient à l'esprit là maintenant est le fait qu'elle a gardé l'autre... l'enfant, mais je sais qu'il y'a autre chose mais quoi ? Aucune idée, elle avait tout pour elle, mon père, un foyer... elle n'écoutait personne il n'ya qu'elle qui parle, qui décide, qui ordonne, moi contrairement à elle, j'écoute l'autre mais je fais ce qu'il me semble bon, et ça me révolte.

A titre d'exemple, c'est elle qui a tout planifié pour mon accouchement et la démarche qu'il faut suivre, c'est elle qui a décidé de garder l'enfant, et dès que l'occasion se présente pour elle, elle n'hésite pas à me dire tantôt, « *heureusement que tu nous as donné cet enfant,* » et tantôt, elle me dit que « *toute fille de famille ne fait pas ce que j'ai fait.* ».

Je sais que je ne ressemble pas aux autres, tout le monde a des amis sauf moi, mais je ne veux pas qu'ils s'approchent de moi, pour que les choses ne se développent pas, dans n'importe quel domaine, ni amoureux, ni amical, comme ça, je ne me confie à personne.

Je n'ai pas d'amis (ies) là ou je travaille, ni même à l'école ou au centre de formation ou j'étais. Quand j'étais écolière ; je faisais des travaux d'équipe mais sans pour autant partager quoi que se soit avec, je n'aime pas qu'on me contredise et ça arrive souvent quand on se lie aux autres et moi je n'aime pas, ça ne m'intéresse pas que les gens se mêlent de mes affaires, je ne vois pas pourquoi j'aurais besoin d'étalé ma vie, je n'ai pas le goût de fréquenter d'autres personnes en dehors de ma famille, ça me fait peur, je n'aime pas être trahit, ça me fera mal, je n'ai plus envie de pleurer, ni de vivre d'autres chagrins, si je veux parler je discute avec ma tante, ça va, elle est compréhensive .

Je ne veux plus souffrir de peine d'amour, je refuse qu'un garçon me fasse pleurer, joue avec mon corps, c'est pénible, une autre expérience comme celle là me tuera, je ne suis pas capable de revivre quoi que ce soit, les hommes sont tellement lâches que je me sens plus virile qu'eux.

De toutes les façons je ne pense pas être désirable physiquement lorsque je suis nue, quand je regarde ma nudité, je ne me reconnais plus, j'ai l'impression que je plane et que je

regarde ce corps de l'extérieure, comme s'il ne m'appartenait pas, j'aurais aimé être un garçon, comme ça personne n'aura envie de moi, et je souffrirai moins je pourrai être plus libre plus légère, je n'aurai plus un corps à envier, un corps désiré par des vautours, j'ai horreur qu'on me considère comme un vulnérable trou.

C'est pour ça que je n'aime pas mettre des jupes des collants de hauts talons, tout le monde sait que je suis une fille je n'ai pas à le montrer encore plus, je ne veux pas avoir trop de seins et de hanches, j'aurais aimé être un garçon, comme ça personne n'aura envie de moi, et je souffrirai moins je pourrai être plus libre plus légère, je serai moins embêtée, je passerai inaperçue, et c'est exactement ce que je cherche le plus.

MOI : Parle-moi de tes relations sexuelles.

B.M : C'était des relations volées, j'avais toujours peur que quelqu'un nous surprenne. Malgré que la lumière fût toujours éteinte, j'avais peur qu'il me regarde, j'avais trop honte, d'ailleurs je ne me déshabillais jamais complètement, contrairement à lui, il avait beaucoup de facilité à le faire. Je n'ai jamais désiré faire quoi que se soit, c'étais toujours après une dispute, il ne cessait de me dire qu'on était fiancé, et que c'était de son droit. Il m'a eu car j'étais faible, bête, et surtout comme ma mère le dit souvent « *tu ne sais pas te retenir...* ». Enfin ce qui est fait est fait, le fait de parler ne change en rien la situation dans laquelle je vis. Mais le fait de parler m'a soulagé, je pense que je me sens mieux, mais est ce que je peux revenir si j'ai besoin de parler ?

MOI : Oui, mais on se voit quand même la semaine prochaine pour la passation d'un test si tu ne vois pas d'inconvénient ?

B.M : Non, un engagement est un engagement, je viendrai la semaine prochaine comme il a été convenu pour passer ce test.

Rendez vous la semaine prochaine pour passation du rorschach : le 12.08.2008 à 10h.00

ANNEXE 6 : PRESENTATION DU QUATRIEME CAS : B.S

DONNEES PERSONELLES :

Age : 17 ans.
Profession : élève en 1 ère année secondaire.
Rang dans la fratrie : 2/2.
Poids : 35 KG. Date de dernière prise de poids : un mois.
Taille : 1.60 m.
Niveau socio-économique : Moyen.
Situation matrimoniale : Célibataire.

La patiente se fait prendre en charge au niveau des services de l'hygiène scolaire du secteur sanitaire de ANNABA, elle nous a été orientée par la psychologue du même service.

Malgré que la psychologue du dit service ait expliqué à la patiente en quoi consistait notre démarche, je lui ai encore fait savoir qu'il ne s'agissait pas d'entretiens thérapeutiques mais plutôt de recherche ; le cas s'est montré favorable par rapport à cette intervention.

Vu la scolarité de l'adolescente et avec un commun accord, les rendez-vous se dérouleront chaque Lundi après-midi.

Le prochain rendez-vous se tiendra le 08.09.2008 à 14h.00, au siège de la DAS (Bureau du suivi et soutien pédagogique des établissements spécialisés).

Premier entretien : le 08.09.2008. À 14h.00 :

MOI : Bonjour, comment ça va ?

B.S : Bonjour, ça va un peu...

MOI : Juste un peu ?

B.S : Je me sens triste, sans savoir réellement pourquoi... pourtant rien ne me manque, j'ai tout ce dont j'ai besoin, tout le monde m'aime bien, mais me fait des remarques concernant mon poids, certes, mais il m'aime bien.

MOI : Qui, tout le monde qui te trouve trop maigre, et toi tu te trouve maigre aussi?

B.S : Tout le monde. Mes tantes, les voisines, camarades de classe, tout le monde quoi. Si moi je me trouve maigre... non, non, non je ne me trouve pas aussi maigre qu'ils le disent, je suis juste mince, comme mon père, il était mince lui aussi. On se ressemble tellement, tout le monde me répète qu'on se ressemble comme deux gouttes d'eau, la même chose pour notre façon d'être et de réfléchir. Moi c'est à mon père que je ressemble et ma sœur par contre elle ressemble à ma mère.

Ma sœur est un peu grosse, je n'aime pas le surplus, on se sent très légères qu'on est mince, on peut tout faire avec beaucoup de souplesse, le surplus je ne l'aime pas sur tous les plans.

MOI : Cette tristesse t'accompagne tout le temps, ou juste dans certaines situations ?

B.S : Non je me sens très triste presque tout le temps, surtout quand je me sens seule sans mon allié, qui est parti sans retour.

MOI : Ton allié ?

B.S : Mon père, il est décédé depuis quelques années déjà...

MOI : Je suis désolé...

Peux-tu me parler un peu de toi ?

B.S : De moi ? Je ne sais pas quoi dire, d'habitude je ne parle pas beaucoup, je suis du genre réservé... peu bavard...

Que veux-tu savoir exactement ? Je préfère que tu pose des questions et moi je réponds.

MOI : Parle-moi de ton enfance, de ta famille, de tes relations familiales, amicales et autres.

B.S : Je ne sais pas quoi dire...

Mon père était un cadre à la SONATRACH. Il était très doux, gentil, franchement il était très beau... ce n'ai pas parce que c'est mon père, il l'était réellement, quant à ma mère, elle ne travaille pas, bien qu'elle ait un diplôme en gestion des ressources humaines, elle préfère prendre soins de nous (moi et ma sœur). Ma sœur est âgée de 22 ans elle est T.S en informatique, mais ne travaille pas, elle n'a pas trouvé un poste, et chaque fois qu'elle en trouve

un dans le secteur privé, ça finit mal ; soit qu'elle est exploitée et pas bien rémunérée soit qu'on cherche à profiter d'elle. Sinon rien d'autre à rajouter...

Mes parents ont divorcé, alors que j'avais 04 ans ; je ne sais pas pourquoi... pourtant j'étais très attachée à lui, il est parti, depuis je vis avec ma mère et ma sœur. Bien que je sois calme, peu entreprenante dans les relations humaines, j'ai de bonnes relations avec ma mère, quoi que je m'entendais mieux avec mon père, car il aimait bien me faire plaisir, il me faisait sortir, j'étais collée à lui partout où il allait, il m'achetait des bonbons, et ma mère n'aimait pas, alors il me demandait de ne rien dire, (sourire) et moi malgré mon jeune âge, je ne répétais rien, car je ne voulais pas qu'elle le dispute à cause de moi... (Silence), je ne voulais pas aussi rendre ma sœur jalouse, je ne parle pas beaucoup avec elle, on n'a pas les mêmes opinions, elle est plus attachée à ma mère que moi.

Tu vas penser que je suis folle, mais il y'a des moments où je pense qu'ils ont divorcé à cause de moi...

MOI : Ah bon... et qu'est ce qui te fait dire ça ?

B.S : Rien de spécial, mais mama demandai à mon père de ne pas m'achetait des biscuits, mais lui ; il l'a contredisait tout le temps, elle lui demandait aussi de ne pas m'emmener dans les cafés, mais lui il le faisait quand même. C'est tout. A moi elle ne disait rien, mais elle se disputait toujours avec lui, moi j'aime ma mère mais je préfère mon père de loin.

Même après le divorce, il n'a pas changé de comportement avec moi au contraire, il venait régulièrement me voir ; tous les jours presque, il me faisait sortir, il m'achetait toujours tout ce que je voulais, mais là ma mère ne se disputait plus avec lui. C'est pour cela que je pense qu'ils ont divorcé à cause de moi, mon père ne faisait pas la même chose avec ma sœur j'étais sa préférée, et ma mère ne le disputait pour elle. Et même quand elle me dit qu'ils ont divorcé parce que je ne suis pas née un garçon je continu toujours à penser qu'ils l'ont fait à cause de moi, de toute façon c'est toujours à cause de moi je ne suis pas le garçon attendu.

MOI : Tu as discuté avec tes parents de tes soucis ?

B.S : Je n'ose pas, je t'ai dit que je ne parlais pas beaucoup de mes ressentis, je le pense et c'est tout. De toute façon ça ne sert plus à rien ; mon père est parti pour de bon, il est mort ça fait déjà 4 ans, il me manque (marque un moment de silence) je sentais mon cœur éclatait dans ma poitrine à son décès, je m'en souviens comme si ça venait de se produire, ce sentiment est déchirant. Je me rappelle quand il me prenait dans ses bras, je dormais pratiquement tout le temps dans bras, ça me manque beaucoup, il me caressait les cheveux en me disant « *ma fille a une belle chevelure* ». Je suis attachée à ma mère aussi, je ne me déplace pas sans elle, notre relation s'était renforcée surtout après le décès de mon père, je me sentais très saule,

désorientée... et elle était là pour me réconforter, mais lui... Il a une place spéciale, il est irremplaçable.

Quand ma mère essayait de me faire quelque chose je me cachais derrière son dos, il ne la laissé jamais faire, il me protégeait de tout, il m'achetait des poupées, car il s'avait que j'adorais leur coudre des vêtements, -avec un sourire- jusqu'à présent j'aime jouer à la poupée, mama me dit que je n'ai pas grandi.

Il y'a quelque chose que je ne risque pas d'oublié ; quand les autres me disaient que je suis maigre, il me réconfortait, il disait : *«rien n'est plus important que l'esprit de la personne, de sa pureté, ça vaut plus que l'apparence physique, regarde moi, je suis maigre et puis est ce que ça change quelque chose en ma valeur, il n'y a que les bêtes qui s'intéressent à l'apparence.»*. Hélas, maintenant tout le monde s'intéresse à l'enveloppe apparente et ne regarde pas le contenu.

Elle marque un très long moment de silence.

MOI : tu préfère qu'on s'arrête là pour Aujourd'hui ?

B.S : Oui, je préfère, je reviens donc la semaine prochaine ?

MOI : Oui, le lundi prochain à la même heure.

Le prochain rendez-vous sera pour le 15.09.2008 à 14h.00, toujours au même endroit.

Deuxième entretien : le 15.09.2008. À 14h.00 :

MOI : Bonjour, comment vas-tu aujourd'hui ?

B.S : Bonjour, ça va... je me sens soulagé, je te raconte des choses que je n'ai jamais dites, pourtant d'habitude pour avoir confiance en quelqu'un il me faut du temps. Je me sens plus légère même si mon apparence me dérange toujours un peu.

MOI : C'est une bonne chose que tu te sentes soulagé. Mais comment vois-tu ton apparence ?

B.S : Tu vois mon état comment il est ? Je suis trop maigre... comme tout le monde me le dit, je mets beaucoup de vêtements pour paraître un peu plus... enfin c'est surtout pour arrêter les remarques, c'est les autres qui me dérangent, sinon moi je me sens bien très bien même si je n'aime pas manger, je n'arrive pas plutôt, je préfère grignoter, je trouve que c'est plus léger, j'ai rarement faim, et ce depuis toujours.

MOI : Depuis toujours ? Te souviens-tu quand exactement tes symptômes se sont apparus ?

B.S : Non... Depuis quelques années 2...3 ans peut-être, je ne sais pas, je sais seulement que si je mange quelque chose alors que je suis énervée, je vomis et après c'est le soulagement absolu, je me sens vider, car avant de vomir, je sens une pression ici (elle montre son estomac) qui disparaît avec le vomissement.

Je n'aime pas mes 13 ans... Il s'est passé tellement de choses désagréables ; à commencé par le décès de mon père, quelques jours après j'ai eu mes premières règles, ensuite, je commençais à maigrir à vue d'œil, plus que je ne l'étais. La seule chose qui valait le coup peut-être c'est d'avoir accepté de sortir avec mon fiancé, mais peu de temps après la série des vomissements s'annonçait.

MOI : Tu as alors un fiancé ?

B.S : Oui, c'est un proche parent, il travaille dans la même filiale que mon père, sa mère est venue parler avec ma mère nous concernant, mais il n'y aura rien pour le moment, c'est mon fiancé et ami en même temps, c'est un homme, il a 24 ans, il est très gentil, je n'ai pas d'autres amis (ies) mise à part lui ensuite ma mère... Il m'achète lui aussi des bonbons et des biscuits car il s'est que j'aime ça, il me considère comme son petit bébé.

Sais-tu qu'il ne m'a jamais touché, pour ça, je le respecte beaucoup, peu d'homme le font, moi je ne veux qu'il me touche jusqu'au jour du mariage, il faut être pur pour la nuit de noce, la confiance ça se mérite, je dois me contrôler pour le moment, il ne faut pas pêcher, tout chose en son temps, n'est-ce pas ?

MOI : Oui, si tu es convaincu, donc tu n'as jamais eu de rapports sexuelles quelque soit leur nature ?

B.S : Moi ? Jamais de la vie, ça ne m'intéresse pas tellement, je dois me préserver, rien pour le moment.

MOI : Veux-tu rajouter quelque chose,

B.S : Non, mais je voulais te remercier, je me sens soulagé.

MOI : Je suis contente que tu sois plus à l'aise, donc on se voit la semaine prochaine le même jour pour la passation du test.

B.S : O.K, mais le test est difficile ?

MOI : Non, il s'agit de planches, où toutes les réponses sont bonnes.

B.S : D'accord.

Le prochain rendez-vous sera pour application du RORSCHACH le 22.09.2008 à 14h.00, toujours au même endroit.

Entretien avec la mère : le 29.09.2008. À 14h.00 :

Moi : Bonjour,

La maman : Bonjour, comment allez-vous ?

Moi : Ca va merci et vous ?

La maman : Elhamdoulillah, je m'inquiète juste pour ma fille, elle me fait pitié.

Moi : Pitié ?!

La maman : Oui, quand je la vois comme ça, maigre, elle met toute sa garde robe pour sortir, il y'a de quoi... quand je la vois assise sans parler à personne, elle ne se met jamais à table avec nous, ça ne fait pas pitié, on la voit rarement manger ; elle préfère grignoter, manger des bonbons plutôt que manger des repas consistants, ça ne fait pas mal ?

C'est son père qui lui a inculqué ces mauvaises habitudes... il la faisait sortir et lui acheter des biscuits, bonbons, tout ce qui lui bloque l'appétit. Ensuite, elle s'est habituée à ce régime, en plus, elle ne montre jamais rien, elle ne dit rien, le silence est le maximum qu'elle puisse faire, sinon, vomissements, ou encore les pleurs mais jamais devant nous, et quand j'essaye de lui demander de s'exprimer, elle me dit « *pour qui tu me prends, je ne suis pas aussi faible que tu ne le penses.* »

Moi : Et tout cela vous dérangeait ?

La maman : Oui, dans la mesure où ne mange que des sucreries, et rien d'autre. Il cassait tout ce que je lui inculquais comme règle, si moi je disais non, lui disait oui et vice vers ça, de cette manière il ne m'aidait pas beaucoup, elle était très attachée à son père plus qu'elle ne l'était avec moi, même pas à sa sœur, elle ne s'entend pas beaucoup avec elle... elle était plutôt jalouse, et jusqu'à présent d'ailleurs, elle me dit « *tu l'aime plus que moi* » or, c'est faux, bien au contraire ; c'est elle que je préfère car elle me fait pitié. C'est vrai que je ne le montre pas, mais je lui achète beaucoup plus de choses que sa sœur.

Si je l'ai fait sortir toute les deux par exemple pour leur acheter des vêtements, sa sœur achète une ou deux choses, alors qu'elle, elle veut tout pour elle, même sa sœur me dit, « *laisse la faire, elle encore jeune* », surtout après le décès de son père, tout le monde s'est mit à tout lui réalisé, elle commençait à maigrir avec une vitesse incroyable, sans causes, je l'ai emmené chez un médecin interniste, elle a fait toutes les analyses de sang nécessaires, Dieu merci, elle ne souffrait de rien, le médecin a juste dit « *qu'elle avait les nerfs dans l'estomac* » ; effectivement, quand on met la main sur son ventre on sentait les battements de son cœur, on le voyait même.

Moi : Parlez-moi de son enfance.

La maman : Elle avait une enfance normale, elle était même précoce, elle commençait à marcher vers 10 mois, la poussée dentaire vers 04 mois, elle ne voulait plus prendre mon sein quand elle a eu de 03 mois environ, au fait, la quantité de lait a diminuée avec prise de pilule, j'ai dû lui donner le biberon pour compenser, qu'elle refusait de prendre malheureusement, elle préférait la sucette, elle l'a prise jusqu'à l'âge de 04 ans.

Depuis son enfance et jusqu'à présent, elle a une fâcheuse manie : elle se mord la peau des doigts et les angles, surtout quand elle ne va pas bien, et quand elle parle, elle aime bien jouer avec ses cheveux...Elle était trop attachée à son père ...on s'entendait bien tout les deux.

Moi : Qui ça on s'entendait bien ?

La maman : Tous, moi, son père, on avait une famille harmonieuse.

Moi : Que sait-il passé alors ?

La maman : C'est vraie qu'on se disputer beaucoup, mais ce n'était pas parce que on s'aimait pas ou parce qu'on s'entendait pas, mais plutôt, parce que sa mère c'est-à-dire mon ex-belle mère s'ingérait dans notre vie, et je ne le supportais plus, surtout après la naissance de S, elle lui disait que je ne pouvais pas avoir de garçon, et lui je le voyait très passif, il ne faisait rien pour lui expliquer que c'est Dieu qui choisit le sexe des enfants, et en plus que ça ne dépendait même de la femme, au bout de certain moment j'ai craqué et on a divorcé, comme la mère l'a toujours voulu, mais il ne s'est pas marié, ni moi de mon coté.

Moi : Est-ce que vos filles sont au courant des véritables raisons de votre divorce ?

La maman : Non, on a jamais parlé de ça, je pense que mon ainée pourrait le comprendre, mais S, non, elle me culpabilise quelque soit les raisons présentées, car elle était très attachée, à lui, ça va lui paraître faut, pour elle son père était parfait, il présentait l'idéal, et je suis le méchant de l'histoire, car je n'ai jamais apprécié qu'il cède à ses caprices.

Moi : Vous vous disputiez devant les enfants ?

La maman : Oui...Quand je suis énervée, et lui généralement, il préférait sortir sans me répondre.

Moi : Et quelle était la réaction des filles ?

La maman : Elle se mettaient à pleurer, l'ainée venait vers moi et S par contre me frappait et allait se réfugier chez son père qui sortait en l'emmenant avec lui.

Moi : Avez-vous quelque chose d'autre à rajouter ?

La maman : Non, je pense que j'ai tout dit.

Moi : Je vous remercie madame pour votre collaboration.

La maman : Merci à vous au revoir.

Moi : Au revoir.

ANNEXE 7 : PRESENTATION DU CINQUIEME CAS : D. S.

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 19 ans.

Profession : étudiante.

Rang dans la fratrie : 1/4 (2filles, 2 garçon).

Poids : 36 Kg. Date de dernière prise de poids : Une semaine.

Taille : 1.68 m.

Niveau socio-économique : Aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

D. S est une jeune adolescente de 19 ans, se fait prendre en charge en ambulatoire au centre médico-psychologique « prévention de suicide et des troubles psychiques post-traumatique » de la psychiatrie de Annaba., elle nous a été orientée par la psychologue du même service.

Au premier temps de la rencontre, S exprime clairement une position d'attente. Ce qui nous a conduit et ce malgré que la psychologue du dit service ait expliqué à la patiente en quoi consistait notre démarche, à lui faire comprendre qu'il ne s'agissait pas d'entretiens thérapeutiques mais plutôt de recherche ; et ce n'est qu'à ce moment là, que le cas s'est montré favorable par rapport à cette intervention.

L'allure physique de S, traduit un certain laisser-aller. Sa démarche est nonchalante et masculine, comme le montre sa façon de s'habiller (toujours en tenue de sport). Ses yeux sont très expressifs, manifestant à l'autre, une méfiance défensive, ou plus rarement un bonheur qui l'étincelle.

La patiente souffre d'anorexie depuis l'âge de 16 et demi ans, jusqu'à ce jour. Durant toutes ces années, elle a appris à exercer un contrôle sur son corps. La préoccupation alimentaire a toujours fait partie intégrante de sa vie, elle apprécie énormément faire à manger, elle aime les tables bien garnies. Par contre, après un repas, elle se sent gonfler, elle a tendance

à croire qu'elle a grossi de 10 kilos et se fait vomir, elle a une perception erronée de son corps ; en se regardant dans le miroir, elle se voit comme beaucoup plus grosse qu'elle ne l'est, et a de la difficulté à fuir cette image. Par ailleurs, notre cas, déni son anorexie, n'a cessé de balancer sa jambe durant tous les entretiens, et est soigneusement maquillé.

Le prochain rendez-vous se tiendra le 05.04.2009 à 14h.00, au siège de la DAS (Bureau du suivi et soutien pédagogique des établissements spécialisés).

Premier entretien : le 05.04.2009. À 14h.00 :

MOI : Bonjour, comment ça va ?

D.S : Bonjour, ça peut aller, et vous ?

MOI : Ca va, merci, alors comment te sens-tu par rapport à la semaine passée ?

D.S : Pas trop mal, j'ai connue des jours meilleurs...

MOI : des jours meilleurs ? Pourquoi tu as connue le pire ces jours-ci ?

D.S : En quelque sorte, Je ne veux pas en parler, ça me fera plus de mal que de bien.

MOI : Comme tu veux, mais veux tu me parler par contre de ton enfance ?

D.S : Mon enfance ? Je ne sais pas quoi dire, c'est une enfance normale comme celle de tout le monde, rien de plus et rien de moins.

MOI : Et c'est quoi pour toi une enfance normale ?

D.S : C'est-à-dire que... c'est normal, bon... Je suis l'aînée de quatre enfants, je suis la préférée de mon père, par contre ma mère elle préfère les garçons, surtout mon frère cadet, je le dépasse de 3 ans, j'ai eu une enfance normale, banale, quand je sortais jouer avec les voisins je devais faire sortir mon frère avec moi et étais dans l'obligation de le surveiller, alors que moi-même j'avais besoin d'être surveiller. Si jamais mon frère faisait quelque chose on me grondait à sa place, c'était mon devoir d'aînée de le surveiller, orienter, guider... (Un moment de silence).

En réalité je n'ai jamais étais enfant, j'étais toujours l'enfant adulte, j'avais l'obligation d'être la responsable, la sage, c'est tout. Je devais garder la maison, quand ma mère allait rendre visite à mes grands parents, j'étais très jeune, à l'époque on était que deux enfants et on restait avec papa. Je me rappelle bien que je n'aimais pas cette situation mais d'après papa quand elle rentrait je lui disais : « *pourquoi tu es rentrée, on était bien, on mange bien avec papa pourquoi tu es là ?* ». C'est contradictoire non ? Je n'aimais pas qu'elle parte et en même temps j'appréciais son absence. Même maintenant je n'aime toujours pas qu'elle parte et quand elle n'est pas à la maison je suis à l'aise mais j'essaye toujours de trouver un prétexte pour me disputer avec elle.

Voici mon enfance en quelques mots.

MOI : Alors, quand ta mère s'absentait tu te sentais bien?

D.S : Oui, en réalité je m'imaginai maitresse de maison, c'est pour ça que je cuisinais bien, je dressais la table très bien je faisais des plats hors normes, je faisais tout pour mettre mon père à l'aise. Je cuisine bien tu sais ? Toute personne ayant goûté ma cuisine le dit.

MOI : Pourquoi pense tu que ta mère préfère ton frère plus que toi ?

D.S : Car je sentais qu'elle ne s'intéressait pas à nous sinon pourquoi vouloir rester chez ses parents plus que chez nous, elle n'est même pas discrète, elle essaie toujours de valoriser mon frère, si comme si elle ne me voyait pas, ou que je n'existais pas, j'étais tout le temps comparée à lui et à tout le monde, à ma cousine, les voisines, pourtant je suis nettement meilleurs qu'elles toutes réunies, maintenant elle le fait un peu moins car je me défends en lui disant que je ne suis pas obligée de ressembler à quiconque, qu'elle n'avait qu'à adopter l'une des filles de notre voisine puisque elle en a beaucoup.

Au fond je pense qu'elle m'aime mais à sa façon, elle ne se rend pas compte c'est tout. Elle prendra conscience un jour... Je l'espère en tout cas. Elle me disait que mon frère était sage comme bébé, alors que j'étais turbulente, elle me raconte que je pleurais la nuit, je ne dormais pas ou peu, que j'étais une enfant fragile j'avais des angines répétées, je vomissais mes biberons, sans être malade d'après le médecin consulté à l'époque, qu'il fallait toujours me surveiller ; un jour d'ailleurs, j'ai voulu faire avaler à mon frère un bonbon alors qu'il n'avait que 3 mois, elle m'avait demandé de le surveiller pendant qu'elle prenait sa douche. Un autre jour on était tombé de sa poussette, je voulais rester avec lui dans le berceau. Des exemples de ce genre. Au départ j'aimais bien qu'on parle de moi, sentir que je suis la vedette, ça me faisait même rire mais en suite je sentais qu'elle me minimisait.

Je sens à travers ses gestes qu'elle préfère mon frère, tout le monde l'a remarqué d'ailleurs, papa, mon frère benjamin, tout le monde quoi, même la grande famille ou toute autre personne se rendant chez nous, je ne l'invente pas. Je me jetais sur elle pour l'embrasser, comme tous les enfants ; elle me repoussait et me disait que je collais. Dans ma tête, je disais du mal d'elle, puis vite, je répétais une prière pour que Dieu me pardonne. Qu'est-ce que je pouvais faire ?

Par contre mon père il dit haut ce qu'il pense bas « *moi je suis le père de mes filles* » il me dit « *tu es mon ainée, et ma préférée* » je pense que je suis la préférée de tout le monde sauf ma mère, mon oncle m'appelait aussi « *ma nièce préférée* », toutes mes tantes, aussi, mais pas ma mère. Je me sens rejetée. Il m'arrive souvent de me montrer agressive à son égard, je le regrette après mais je ne sais pas demander des excuses et je n'arrive pas à me montrer plus douce avec elle... Je n'ai jamais appris à l'être. Pourtant elle est gentille, et ne mérite pas ça de ma part, je ne la déteste pas, je ne comprends rien.

MOI : Qu'est ce que tu ne comprends pas ?

D.S : Je ne comprends pourquoi je me montre agressive vis-à-vis de ma mère, en dirait que je la punis.

J'ai une minette depuis presque 10 ans, je suis très attachée à elle, elle dort avec moi, elle est très câline, très douce, je ne suis pas le genre de personne qui s'étale, je ne pleure jamais devant les autres, surtout quand il s'agit de quelque chose d'intime, de personnel, je n'aime pas faire pitié, je le fais généralement dans mon lit, très tard la nuit, quand tout le monde dort, et savez vous que fait ma minette, elle vient me lécher les larmes, se frotte à moi, vous ne pourriez jamais imaginer combien ça me console et me fait du bien, je parais folle non ? Mais je vous jure que je l'adore, ma grand-mère me disait que celui qui n'a pas d'amis adopte les chiens et les chats

« إلهي ماعندوش لحباب عندو لقطط و لكلاب ». Je connais beaucoup de proverbes, d'ailleurs ma mère me dit qu'en dirait que je suis une vieille de cent ans. C'est vraie j'ai toujours côtoyé les plus vieux.

MOI: C'est une bonne chose, mais pourquoi penses-tu que tu punis ta mère ?

D.S: Je ne sais pas, c'est l'impression que j'ai quand je me remémore ce que je lui fais subir, je culpabilise à fond la caisse je t'assure, mais ALLAH ghaleb.

MOI: Et que lui fais tu subir ?

D.S: Je me montre agressive verbalement avec elle, juste verbalement ; quand je me sens touché à travers ses dires ou gestes, ses comparaisons interminables. C'est tout le temps réactionnel.

MOI : Tu t'entendais bien avec tes frères ?

D.S : Mon frère cadet, pas vraiment, ce n'est pas de sa faute, c'est ma mère qui exerce une pression sur moi avec son comportement, ça me donne l'envie de l'effacer, certes je prendrai goût moi aussi si j'étais à sa place, mais ça me tue. Mon frère benjamin par contre c'est moi qui l'ai élevé, car mama part souvent avec mon père tout le temps en déplacement vu la nature de son travail, c'es un cadre d'état. Je suis la deuxième mère de mon frère, on se parle beaucoup, il se confi à moi plus qu'à mama d'ailleurs, quant à ma sœur, elle très jeune, c'est normal qu'on s'entend bien, elle a à peine 2 ans.

Ecoutez, c'est vraie que je suis jalouse, mais j'aime ma mère. Cependant c'est une injustice que les filles soient moins aimées que les garçons.

Vous vouliez que je parle de mon enfance... il va vous falloir m'arrêter... j'étais un véritable « garçon manqué » j'étais et je suis tout le temps en pantalon, j'avais et j'ai toujours des cheveux courts, mon prétexte est qu'ils sont rêches d'une part, et d'autre part parce que je les arrache ; je suis trichotillomane depuis l'âge de 13 ans, en réalité je n'ai pas choisi d'être comme ça, il n'y'avait que des garçons dans mon entourage (cousins, voisins, frères), même au jardin d'enfants je n'avais que des amis garçons, pour s'intégrer il faut jouer à leur jeux, je ne pouvais pas me permettre des jupes, ce n'étais vraiment pas pratique, et là je me suis habituée à

cette tenue, je me rappelle un jour quand j'étais au lycée je voulais mettre une robe très jolie ; bleue, col marin, un peu courte, qui mettait mon corps en valeur, sous l'insistance de mes camarades, j'ai croisé mon père, il m'a dit en rigolant « *Ah mon fils est devenu une fille* », j'étais très timide, mais ça m'a fait rire, il disait aussi, « *j'ai deux garçons et un garçon* », ça me faisais rire aussi, mais je ne sentais pas une gêne, au fond de moi-même une certaine valorisation me réjouissais. Mon père m'a responsabilisé très tôt, il me disait « *tu dois être forte si tu ne veux pas être mangée crue, il faut s'armer de bon sens, lucidité, tu dois être débrouillarde si tu veux t'affirmer et avoir une place dans la société.* »... mon père est très combattant, très fort, et très très diplomate, il a du caractère, remarque c'est normal vu son expérience dans la vie, ma mère me dit souvent « *tu lui ressemble beaucoup, tu as son caractère* » je lui réponds « *il faudrait bien ressembler à quelqu'un, non ?* ».

Mes parents comptent beaucoup plus sur moi que sur mon frère pour régler tout type de problème et préoccupations, mais je ne comprends pas pourquoi elle le préfère à moi, c'est parce que c'est le garçon c'est ça ? Je fais de mon mieux mis je ne peux pas la satisfaire.

Ils m'ont toujours considéré comme un garçon, et là, ma mère me demande d'être un plus féminine, je ne sais pas l'être, je ne peux faire marche arrière, je suis comme ça et je le reste, ce que je n'aime pas c'est qu'ils me considèrent comme un garçon quand ils le veulent et une fille quand ils le veulent aussi, ça je ne l'aime pas ça me perturbe.

MOI : Quand est ce qu'ils te considèrent comme un garçon ou sinon une fille ?

D.S : Quand ils ont besoin de quelque chose, je suis un garçon sinon, je suis une fille. C'est aussi simple.

MOI : Tu ne pense pas que si ils comptent sur toi, c'est parce que tu es importante et sage à leurs yeux, qu'ils te font confiance?

D.S : Possible que oui, possible que non. Je ne veux plus le savoir en tout cas.

MOI : Tu disais que ta grande mère te disait que celui qui n'a pas d'amis adopte les chats et les chiens.

D.S : Je pense que ma grand-mère a raison, je n'ai pas de véritables amis (ies), en tout cas je me suis toujours très vite intégrée dans les groupes de garçons plutôt que les filles. Ça ne posait pas de problèmes quand j'étais un plus jeune, mais là... ça commence avec une amitié qu'on veut développer, et ça ne m'intéresse point, je ne suis pas penchée sur, c'est le dernier de mes soucis.

MOI : Pencher sur quoi ?

D.S : Les garçons veulent toujours que ça soit plus qu'amical « copain-copine » quoi, je les considère comme mes frères dès le départ je ne peux rien concevoir avec eux, c'est pour ça que je n'arrive pas à changer de position, d'un côté, et d'un autre côté je ne les trouve pas

intéressants, je pense qu'ils sont immatures, je m'intéresse surtout aux plus âgés que moi, ils me rassurent, et comme dans la plupart des cas, ils sont mariés ça n'aboutit pas, ils n'arrivent pas à quitter leur foyers pour moi, pourtant ils apprécient ma compagnie, possible que je ne vaille pas la peine... entre nous moi aussi quelque part je cherche la difficulté, possible qu'au fond moi aussi je ne veux pas que ça se développe, possible que je cherche une bonne compagnie tout court, où existe un mélange d'affection, un poids intellectuel, assurance, sécurité, un tout quoi... je me sens mieux avec les vieux, le courant est plus fluide. Par contre j'arrive facilement à manipuler, dominer les garçons de mon âge, et ça me dérange énormément, je ne me sens pas en sécurité avec. Pour moi c'est ce qu'il y'a de plus important, s'il n'y'a pas la sécurité il n'y'a pas de relation, le reste ça se développe en crescendo.

MOI : Que signifie pour toi « être en sécurité » ?

D.S : Être protégée, bien prise en charge, en prend soins de moi, on me met dans du coton, être attentionné avec moi, on me fait pas mal, ce ressenti je ne le vis qu'avec les plus âgés.

MOI : Tu as fréquenté le jardin d'enfants vers quel âge?

D.S : Deux, trois ans je crois, en tout cas avant quatre ans puisque j'étais déjà à l'école à cet âge là.

MOI : Tu as parlé de Trichotillomanie...

D.S : Oui, je le suis depuis l'âge de 13 ans à peu près, je voyais ma tante le faire, ça m'a tenté, un jour d'été j'ai essayé de m'arracher un cheveu, ça m'a piqué mis m'a plu ; depuis j'arrache le cheveu de sa racine ou sinon je le coupe... ça énerve mama mais je le fais quand même, elle me dit « *tes cheveux ne ressemblent plus à rien, qu'elle avait honte à ma place, que ça l'angoissait* » mais ça ne me fait rien, je me suis habituée à cette douleur.

MOI : Quand le fais tu généralement ?

D.S : Oh, je ne sais pas, quand je regarde la télé, je fais mes devoirs, quand je suis angoissée aussi, je ne sais pas, je ne me rends même pas compte sauf si on me fait pas la remarque, c'est là où je prends conscience... je ne sais pas m'arrêter.

MOI : Et ton anorexie, elle est apparue quand ?

D.S : Anorexie ? Je ne suis pas malade, je me sens en bonne santé, c'est juste que je ne conviens pas à leur mode alimentaire, je ne fais qu'à ma tête concernant mon alimentation. C'est mon corps j'en fais ce que je veux et je mange ce que je veux. C'est tout.

Elle marque un très long moment de silence. Je peux partir je me sens fatiguée?

MOI : D'accord, on s'arrête là, on se voit la semaine prochaine ?

D.S : Oui, je préfère, je reviens quand la semaine prochaine ?

MOI : Le 12.04.2009 à 14h.00, toujours à la même heure.

Le prochain rendez-vous sera pour le 12.04.2009 à 14h.00, toujours au même endroit.

Deuxième entretien : le 12.04.2009. À 14h.00 :

MOI : Bonjour, comment vas-tu aujourd'hui ?

D.S : Bonjour ? Ça va merci, je vais mieux. J'ai récupéré, j'ai trop parlé la semaine passée, d'habitude je suis infatigable, je cuisine, je fais le ménage et part à l'université, sans parler des activités physiques faites à la maison.

MOI : C'est bien, beaucoup d'activité, tu n'as pas de temps libre du tout.

D.S : Non, du tout, je n'aime pas rester sans rien faire, je stresse sinon. Cependant, quand je garde mon petit frère, j'adore remplir ses coloriages, c'est les seuls moments où j'arrive à laisser aller ma pensée.

MOI : Laisser aller ta pensée ?

D.S : Oui, mais je ne sais pas où.

MOI : Tu ne sais pas vers quel âge tu as été sevrée ?

D.S : Sevrée... comme je suis une prématurée, ma mère avait peur de prendre dans ses bras pour me donner le sein, elle me plaçait dans mon berceau pour me donner le biberon, que je refusais le plus souvent, selon leurs dires bien sûr. Au bout d'une semaine déjà j'étais sevrée. Tout le monde pensait que j'allais y passer, j'étais tellement chétive, petite, tout le monde avait peur de me toucher, je faisais peur apparemment, quoi que je n'étais pas hospitalisée.

J'étais précoce en tout ; ma naissance (née après six mois de grossesse), marche, parole, propreté, règles, je les ai eus vers 11 ans. Ma mère me dit que très jeune déjà je savais faire la différence entre les goûts, je n'aimais pas le lait, j'adorais les pastèques.

MOI : Parlant de tes préférences alimentaires, tu m'avais dit la semaine passée, que tes habitudes alimentaires ne convenaient pas à ton entourage, que ton corps t'appartenait ?

D.S : Oui... je ne mange que ce qui me convient, je prends beaucoup d'eau sans arrêt, beaucoup de thé, il fait digérer, quoi qu'ils me disent que « *je ne mange déjà rien pour que ça m'aide à bien digérer, digérer quoi ?* ». J'aime bien quand même, les pommes, de la tomate fraîche coupée en petits dés avec un peu d'oignons et de piquant, Hmmm, j'ai l'eau dans la bouche, j'aime les pastèques je les ai toujours aimées, en général j'aime tout les fruits, et les légumes cuits à la vapeur, mais surtout pas de lait, c'est tout, je trouve plutôt que mon mode alimentaire est sain, ce n'est sûrement pas une maladie de vouloir entretenir son corps, surtout moi, je trouve que j'ai des rondeurs... je dois surveiller mon alimentation, je n'ai pas le droit à l'erreur...

MOI : Tu n'as pas le droit à l'erreur ?

D.S : Oui, je me sens laide et lourde, vous savez, quand je fais des écarts j'ai l'impression que j'ai pris au moins 10 kilos, je me sens gonfler, je fais des allées et retours devant la glace, je me pèse et repese et repese.

Il y'avait éléphant man, maintenant il y'a éléphant women. Je veux m'éviter tout cela, regardez ma main, ces cicatrices, c'est moche mais je ne peux m'empêcher de le faire, c'est plus fort que moi, je me sens bien avec cet alimentation.

MOI : T'empêché de faire quoi ?

D.S : Si je mange quelque chose d'autre mon corps la rejette, je dois impérativement l'évacué, je dois me faire vomir sinon je sens une angoisse, une pression thoracique insurmontable, je ne veux pas de ça. Il m'arrive de sentir une faim énorme j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter, juste après c'est l'enfer, je m'enferme dans les toilettes, les commentaires commencent, « *Ah, tu t'es fait vomir* » comme par hasard, quand je me fais vomir c'est tout le monde qui a besoin des toilettes ; ça m'embête que tout le monde ait un regard sur moi, ils me surveillent, et je n'aime pas c'est pour ça que je les envoie balader. Déjà que tout le monde me reproche des trucs qui ne relève vraiment de personne sauf moi, ça me.....

MOI : Oui, ça t'embête ?

D.S : Oui, tout le monde me dit que je suis maigre, me demande de manger plus, de dormir plus, de grossir plus, à la fin... de quoi je me mêle, je suis bien... en réalité je ne me sens pas bien, mais parce qu'ils ont raison mais plutôt parce qu'ils ont tout faut je me trouve laide, très laide avec des bourlés partout que c'est moche, c'est mon corps un point, c'est moi qui décide et pas quelqu'un d'autre. Ni ma mère ni quelqu'un d'autre.

MOI : Bien sûr que c'est toi qui décide, cependant tu ne trouve pas qu'ils ont peur pour toi, qu'ils t'aiment, que ta mère a peur pour toi ?

D.S : vous pensez ? Moi je trouve que c'est son image qui est atteinte, elle a peur de ce qu'on peut penser d'elle, comme elle dit « *la fille de* », je ne sais pas pourquoi je fais ça ? Je n'aime pas qu'elle me dise ce que je dois ou ne pas faire, j'ai grandit, ça y'est, et puis elle part souvent, si ce n'est pas avec papa, c'est chez mes grands-parents, moi je ne la déteste pas en tout cas. Mais je n'ose pas le dire, je ne pourrais jamais le faire.

MOI : Est-ce que tu as essayé de le faire ?

D.S : Non, non, non, jamais juste l'idée me bloque, imagine si je le dis je meurs, je ne veux pas le faire, y'a pas de raison même si je me montre parfois méchante, je lui achète des cadeaux elle doit le savoir. Personne ne m'aime, tu vois on ne peut pas aimer quelqu'un comme moi, je suis très moche.

MOI : Personne ne t'aime ?

D.S : Oui, ma mère ne m'aime pas ; elle s'intéresse à tout le monde sauf à moi, je ne m'intéresse pas aux garçons, je ne pense pas qu'ils peuvent s'intéresser à moi, avec cette laideur, je ne le pense pas, si moi-même je ne m'aime pas et me trouve pas belle, comment veux tu que les autres m'aiment, je ne suis pas attirante, au fait je ne fais rien pour l'être, on a pas les mêmes valeurs, ni les mêmes poids de mesure. Entre nous je suis souvent draguée, c'est sûr qu'ils m'apprécient ou peut être parce que je suis intelligente... c'est sûr que c'est ça.

MOI : Quelle est la partie que tu n'aime pas dans ton corps ?

D.S : Je n'aime pas mon derrière, je le trouve énorme, sans aucune forme acceptable, je n'aime pas mes seins, si au moins je ne les avais pas, ah quel magnifique rêve, si j'avais la possibilité de les effacer, gommer mes hanches, je serai sûrement plus attirante, je me sentirais mieux évidemment.

MOI : Tu n'aime pas ton apparence alors ?

D.S : Je ne l'aime pas ? C'est trop doux je haie mon apparence, je suis écœurée par mon apparence, si j'avais la possibilité d'échanger mon corps avec quelque chose de très fin, qu'on ne voit presque pas, ça fait planer. Comme ça je ne dérangerais personne, tout le monde aura la paix, personne ne souffrira, même moi je ne souffrirais pas, aucune remarque ne me sera faite, ni par ma mère ni par quelqu'un d'autre, je ne serais pas obligé de tout surveiller, à commencer par mon alimentation. J'aurais probablement beaucoup plus de contact avec les autres.

MOI : Tu disais que tu faisais des écarts.

D.S : Ca m'arrive de manger sans pouvoir s'arrêter, mais juste après c'est les vomissements jusqu'à 14- 15 fois, je prends de l'eau à chaque fois pour mieux évacuer, et je repars vers les toilettes et ainsi de suite, jusqu'à ce que je me sente vider de tout.

MOI : Ces crises en général te viennent quand ?

D.S : Quand je m'ennuie c'est tout.

MOI : Tu t'ennuie c'est tout.

D.S : Oui, c'est tout.

MOI : Parle-moi un peu de la nature de tes relations amicales, notamment avec les plus âgés.

D.S : Il ne se passe rien, de tout façon je fréquente la même personne depuis longtemps, 4 ans déjà, comme je suis très jeune par rapport à lui, il me cajole, dorlote, protège, il voudrait bien passer à l'acte sexuel mais je sais contourner ses demandes sans le brusquer, et puis entre nous le sexe ne m'intéresse pas, je me préserve de l'impureté, c'est un domaine qui ne m'attire pas, qui ne relève pas de mes centres d'intérêt. Je suis très pudique ; je n'aime pas qu'on regarde le corps, j'ai peur qu'ils me trouvent moche, je ne le montre pas, même à la plage je me cache, sinon je prends mon bain la nuit, jamais le jour, en plus l'eau est très douce le soir.

MOI : Impureté ?

D.S : Oui, l'impureté, la sexualité est quelque chose d'impur, de sal, de douloureux, je me suis masturbée quand j'étais un peu plus jeune, ensuite quand j'ai commencé à avoir des poils je trouvais que c'était dégoûtant, que ce n'était plus agréable. Je commençais à me sous-estimer à me mépriser, j'ai arrêté, depuis je ne me suis jamais touchée.

Même quand je prends ma douche, je ne me touche pas, quoi que quand je passe le savon je trouve que c'est doux, c'est tout mais personne ne me touchera, je ne veux pas, j'ai décidé de ne pas le faire, ça ne m'intéresse pas je t'assure, je ne suis pas tentée, j'éprouve tout ce que tu veux vis-à-vis de mon copain je ferais tout pour lui, sauf, faire l'amour, il ne l'aura jamais mon corps, il est à moi, et jamais je ne le partagerai. Quelque soit les situations dans lesquelles je me trouverai, c'est le mien, n'est ce pas ?

Je peux rentrer, je crois que j'ai étalé toute ma vie non ? Que je n'ai plus rien à raconter sur ma triste vie, je n'ai jamais parlé de moi comme ça, d'habitude je suis ouverte, mais pas me concernant, je discute, je papote, mais surtout des autres jamais de moi, enfin tout chose à un début, je commence à changer c'est une bonne chose, j'espère seulement que ça va se limiter à ce niveau.

MOI : Tu ne veux pas que ça atteigne quel niveau ?

D.S : Mon corps, je ne veux pas grossir ; devenir plus laide que je ne le suis déjà.

Tu sais tout de moi maintenant, je me suis dévoilée, divulguée...

MOI : Le fait de se livrer te dérange à ce point ?

D.S : Je n'ai pas l'habitude c'est tout, c'est une première.

Je me sens fatiguer, je veux rentrer pour me reposer un tout petit peu.

MOI : D'accord, on arrête là pour aujourd'hui, on continuera la semaine prochaine.

D.S : Inchallah.

Le prochain rendez-vous sera programmé le : 19.04.2009, toujours au même endroit.

Troisième entretien : le 19.04.2009. À 14h.00 :

MOI: Bonjour.

D.S: Bonjour, comment ça va ?

MOI: Ça va merci, et toi comment était ta semaine ?

D.S: Normale, le petit train, train habituel, rien d'exceptionnel.

MOI: Très bien, et si on parlait de ton anorexie ? Tu ne te rappelles pas exactement la période ou les conditions d'apparition ?

D.S: J'ai eu mon BAC, 16 ans et demi, car à 4 et demi déjà j'étais à l'école, -précoce en tout, tu vois ?-, j'ai dû m'installer chez ma grand-mère, elle habitait près de l'université, une de mes tantes qui suivait un régime, et se faisait vomir, m'a fait un jour une remarque assez désagréable ; elle m'avait dit que je commençai à avoir un ventre rond et que je devais faire attention à ma ligne. À ce moment là je me suis rendue compte que j'étais grosse, que je devais réellement faire attention ; avant je n'étais pas à l'aise dans ma peau c'est tout, mais je ne me trouvais pas aussi grosse que ça.

Ensuite ma tante s'est mariée, et arrêtée de se faire vomir mais pas moi. A cette époque personne ne s'est aperçu que je me faisais vomir, je disais juste que j'étais au régime, personne n'a dit quoi que ce soit.

MOI: Je me sens mal.

D.S: Qu'est ce qui te fait mal ?

MOI: Rien, je t'ai menti, tu ne vas te fâcher ?

D.S: Je ne vais pas me fâcher, mais tu m'as menti à propos de quoi ?

MOI: Tu ne penseras pas que, je suis menteuse ?

D.S: Non, il n'y a pas de raison, je dirais seulement qu'on ne peut pas faire confiance du jour au lendemain.

MOI: On a parlé la semaine passée, de la nature de mes relations avec mon ami.

D.S: Oui...

MOI: En réalité... je mentais sur toute la ligne, j'avais honte, je ne savais pas qu'est ce que tu allais penser de moi ?

D.S: Je ne vais rien penser...

MOI: Si quelqu'un l'apprenait... ma mère me tuerait, et mon père ne mérite pas ça, sincèrement je n'arrive pas à l'assumer, on pensera que je ne suis pas une fille de famille, je jure que je le regrette à fond, je culpabilise à fond.

D.S: Oui...

MOI: En fait... j'ai des rapports sexuels avec mon ami, depuis qu'on se fréquente, je t'assure que quoi que je sois épanouie sexuellement, je culpabilise après chaque rapport, mon copain est très gentil avec moi, c'est mon initiateur tu sais ? Je passe la plus part de mon temps avec lui, on se voit au bas mot 4 fois par semaine, et à chaque fois on a des rapports, moi je ne vais pas vers lui pour le sexe, mais il s'y prend tellement doucement et gentiment, que je fini par craquer à chaque fois, même quand je n'ai pas envie, il arrive à me faire changer d'avis, il me connaît très bien. On se comprend à demi-mot, je l'adore.

Je n'ai jamais désiré perdre ma virginité... j'ai peur des représailles, j'ai peur pour mon père, il ne le mérite pas, j'ai l'impression de le trahir, mais mon copain m'a choisi moi, on s'est connu par hasard, et c'était le déclic, depuis on s'est plus séparé. C'était l'ami de mon ami ; qui n'a jamais voulu qu'on se fréquente parce qu'il me dépassait de 22 ans, mais je l'ai fait quand même, par défi peut être par ce que je n'aime pas qu'on me dise ce que je dois ou ne pas faire, mais je me sentais et me sens toujours bien avec lui, je me rappelle bien que j'étais restée éblouie la toute première fois qu'on s'est parlé, il parle bien...

Je ne sais pas lui dire NON, j'ai peur qu'il se fâche, qu'il me plaque et part, je sais que même s'il partait il reviendra, mais j'ai peur de rester seule, l'idée m'angoisse.

D.S: Etant donné que tu culpabilise trop, pourquoi tu reste avec lui, qu'est ce qui t'attire chez lui ?

MOI: Tout, il a la tête sur les épaules, très réfléchi, très diplomate, un savoir faire extraordinaire, affectueux, disponible pour moi seule, aucun partage. Tout me plaît, tout me passionne. Je me sens en sécurité absolue à ses côtés, c'est pour ça que je reste.

D.S: Il n'est pas marié alors ?

MOI: Non, il est divorcé depuis quelques années déjà... je ne suis pas à l'origine de son divorce, je le jure, il a divorcé bien avant de me connaître, d'ailleurs c'est l'une des raisons qui ont poussé mon ami à appréhender ma relation avec mon copain, mais bon ce qui est fait est fait maintenant. Mais on ne peut pas se marier, on est bien comme ça, je ne veux pas, mais je ne t'ai pas menti quand je t'ai dit que les relations sexuelles ne m'intéressaient pas, que je les trouvais synonyme d'impureté.

Je n'ai pas envie de le perdre. Pour moi ce n'est pas une histoire de sexe, je vais vers lui plutôt parce que j'ai besoin de lui, j'ai besoin de sentir son affection, l'intérêt qu'il me porte, sa protection. Il est plus porté sur le sexe que moi, il est plus entreprenant que moi.

D.S: Peux tu me parler de tes relations intimes ?

MOI: Ce sont des rapports satisfaisants, c'est tout, je ne peux pas m'exprimer, je n'ose pas.

D.S: Tu me promets de ne rien dire n'est ce pas ? C'est un lourd far d'eau.

MOI: Mais bien sûr tu n'as pas à t'inquiéter. Mais pourquoi vous ne pouvez pas vous marier ?

D.S: Pas pour une raison, On le fera pas et c'est tout, de toute façon c'est moi qui ne veux pas.

MOI: Combien de rapport en moyenne tu a par semaine ou par sortie.

D.S: à chaque fois qu'on se voit, c'est systématique, il est plus entreprenant généralement que ce soit, le premier coup et même le deuxième ou plus, mais il m'arrive de l'entreprendre, pas souvent mais je le fais. C'est tout ce que je peux raconter, il vaut mieux ne plus me poser de questions, je peux dire autre chose ?

MOI: Mais bien sûr.

D.S: Il m'est arrivé de prendre des trucs qui ne m'appartenaient pas, je ne le fais plus, mais il fut un temps où je le faisais, surtout quand j'étais chez ma grand-mère. Je ne supportais pas voir les autres souffrir après la perte d'un objet c'est pour ça que je finissais par le rendre.

De toute manière je ne prenais pas des trucs tapent à l'œil, je prenais par exemple une orange pour la manger seule après quand tout le monde aurait pris la sienne, et sans qu'ils me voient, pourtant il y'a toujours suffisamment pour tout le monde, mais je prenais quand même une, des fantaisies, des bagues, des baguettes, sinon de l'argent, des choses que je ne gardais jamais que j'offrais tout le temps, s'il te plaît ne me pose pas de questions la dessus. Et arrêtons là.

MOI : Bien, tu veux arrêter, d'accord, on se voit la semaine prochaine le même jour pour la passation du test si tu ne vois pas d'inconvénient ?

D.S: Non du tout, bye bye à la semaine prochaine, merci pour ton écoute et surtout discrétion..

MOI : De rien, au revoir.

Le prochain rendez-vous sera pour application du RORSCHACH le : 26.04.2009. Ainsi que le EAT 26, le QIC. À 14h.00, toujours au même endroit.

ANNEXE 8 : PRESENTATION DU SIXIEME CAS K. R:

DONNEES PERSONELLES :

Âge : 15 ans.

Profession : élève.

Rang dans la fratrie : 1/3 (2filles, 1 garçon).

Poids : 29.5 Kg. Date de dernière prise de poids : la matinée de
l'entretien du 22.03.2009.

Taille : 1.59 m.

Niveau socio-économique : Aisé.

Situation matrimoniale : célibataire.

R, est hospitalisé en pédopsychiatrie pour anorexie mentale, depuis le 15. 03. 2009. Agée de 15 ans, pubère depuis trois ans, son cycle menstruel s'est arrêté depuis 06 mois, orientée vers les services de la pédopsychiatrie par son gynécologue.

Sa mère décrit des modifications sensibles dans son comportement à cette période. Elle qui ne pratiquait que peu de sport, devient accroc, elle s'est inscrite dans un club de Basket Ball, qu'elle fréquente plusieurs heures quotidiennement.

De taille moyenne, elle est vêtue d'un jogging informe qui ne la met pas en valeur. Son visage anguleux ne porte aucun maquillage et ses traits sont tirés. Elle paraît fatiguée ou préoccupée.

R, a les yeux fixés au sol, ne les lève presque jamais, position courbée quand elle est allongée. Mais bien droite sur sa chaise, qu'elle recule systématiquement du bureau avant de s'y asseoir à chaque séance, suce son pouce de temps à autre discrètement, pour ne pas attirer l'attention.

1 er entretien : 22.03.2009.

MOI : Bonjour, comment vas tu ?

K. R : Je ne me sens pas bien je veux rentrer chez moi, j'ai peur ici.

MOI : De quoi tu as peur ? Tu es là pour être prise en charge, et dès que tu iras mieux tu rentreras.

K. R : Il y'a beaucoup de malade ici, j'ai peur qu'il me fasse du mal, et j'ai peur de ne plus revoir ma famille.

MOI : Pourquoi pense tu que les autres malades vont te faire du mal, et que tu risquais de ne plus de revoir ta famille ?

K. R : Je le pense c'est tout, personne ne me l'a dit, c'est une sensation c'est tout que je ne peux pas expliquer, c'est tout, personne n'en saura rien n'est ce pas ?

MOI : Bien sûr que personne n'en prendra connaissance de se qui se déroulera au cours de nos entretiens. Veux-tu me parler de ton enfance ?

K. R : Il n'y- a rien à dire, je suis l'ainée de trois enfants, dont un garçon, je ne fréquente plus l'école, depuis trois années, car mes camarades se moquaient de moi, parce que je n'étais pas aussi ouverte qu'eux, je ne parlais pas beaucoup, je restais souvent seule, je n'aimais pas trop parler surtout aux garçons. Ils me surnommaient « la complexée ».

Ma mère s'est mise dans tous ces états, quand elle a appris que je voulais quitter l'école, mais rien à faire je me suis entêtée, j'ai décidé à point c'est tout et on' en parle plus, je ne le regrette pas de toute façon. En plus, mes camarades me trouvaient trop maigre... moi en tout cas je ne le trouve pas.

A la maison, je ne parle pas beaucoup, juste quelque fois avec mon jeune frère c'est tout. Je passais tout mon temps avec ma grand-mère, qui s'occupait de moi, j'avais 4 ans quand on avait déménagé de chez mes grands parents... j'ai très mal pris la chose, ma mère me disait que je ne dormais plus, je ne mangeais plus rien, je faisais des cauchemars et elle refusait quand même de me laisser aller chez eux sauf en sa compagnie. Elle ne s'entendait pas beaucoup avec eux ni avec mon père d'ailleurs, ils se disputaient souvent, ma mère est du genre à vouloir imposer ses idées à donner des ordres, ça m'étouffait.

Ma grand-mère est décédée quand j'avais 10 ans, et depuis je me sens seule, rejetée, abandonnée, livrée à moi-même, ma mère est difficile, elle n'a pas de temps pour m'écouter, elle n'a du temps que pour donner des ordres, je sens que je n'ai pas de place chez nous, mon père est toujours pris dans son chantier et son entreprise, je ne le vois presque pas. Ma mère est prise avec ses visites de courtoisie et le paraître, et ma sœur avec ses études, personnes n'a de temps à me consacrer, je suis inutile, ma mère me dit que ses problèmes ont commencé avec ma

naissance, -les disputes avec mon père-... il sort très tôt le matin, et revient très tard le soir, et quand il est à la maison ; c'est les disputes ; ma mère lui reproche ça justement, quand à lui ; c'est sa méchanceté gratuite ; il lui dit « tu as une langue de vipère » et c'est vraie tu sais.

Ma mère et ma sœur se ressemblent, elles sont toutes les deux grosses, et moi je n'aime pas, quand je les vois j'ai envie de vomir, j'ai peur de leur ressembler un jour, je me tuerais sinon. Moi je veux être parfaite, je sais que je suis plus mince qu'elles mais ce n'est pas suffisant.

Ma mère a déjà fait un régime, et ça n'a pas marché, imagine que je grossisse moi aussi et je n'arrive plus à contrôler mon poids ?

MOI : Ce n'est pas suffisant par rapport à quoi ?

K. R : Par rapport à moi, je pratique dernièrement beaucoup de Basket Ball, pour être plus grande et plus mince, quand ma mère me dit qu'il faut manger, je fais semblant de ne rien entendre. Pour qu'elle ne me casse pas la tête, je fais la sourde oreille, l'indifférente, sinon pour avoir la paix et éviter ces cris, je lui dis que attends ou je mangerai un peu plus tard.

MOI : Et depuis quand tu es à la recherche de la minceur ?

K. R : Depuis toujours, je me sentais un peu grosse, je m'aimais de moins en moins, au départ je voulais juste faire un régime, ensuite je commençais à avoir des nausées juste à la vue du mangé, je me faisais vomir quand je prenais quoi que ce soit, mais maintenant c'est systématique, ça vient seul sans aucun effort, dès que je mange je vomis tout. Ces derniers temps, pour manger il me faut quatre cuillères de confiture de banane, j'attends une demi-heure, sinon je ne mange pas.

MOI : Et que mange tu alors ?

K. R : De la salade verte, de la tomate fraîche, et des croissants, c'est tout.

MOI : Et ça te suffit pour ne plus avoir faim ?

K. R : Normalement, mais quand j'ai encore faim, je prends de l'eau tiède, ça me coupe l'appétit...

MOI : Tu veux être parfaite alors ?

K. R : Oui, je veux l'être, je veux être bien faite, très mince, là je me sens un peu ronde, je veux maigrir encore plus... Les gens s'apprécient les uns les autres, à travers une apparence, qui ne reflète pas la réalité de leur âme.

Moi je voudrai être reconnue pour mes qualités humaines ; je sais par exemple que je ne suis pas belle mais je suis très bonne, je n'aime pas faire du mal aux autres ; je n'aime pas les obliger à faire quoi que ce soit...

Tu vois ma mère à titre d'exemple, elle m'étouffe, pas pour une raison autre que de s'ingérer en tout, elle essaie par tout les moyens d'avoir une emprise sur moi. Hélas pour elle, ce n'est qu'une illusion elle ne prendra jamais possession de mon corps, je ne grossirai jamais.

On n'a pas la même façon de voir les choses, elle me voit maigre mais c'est par rapport à ses repères à elle, moi me trouve déjà grosse comme je suis maintenant.

Sais tu que j'évite de me regarder dans une glace, mon reflet me choque, m'effraie, m'attriste, je me trouve laide, je ne m'aime pas.

Je me sens fatiguer... Fais-moi sortir s'il te plaît...

MOI : Pour le moment tu dois te rétablir, ensuite tu sortiras.

Très bien, on va s'arrêter là, on reprendra la semaine prochaine.

K. R : d'accord ? Mais je suis très fâchée. Je peux me faire sortir et tu ne veux pas m'aider.

MOI : Tu es là pour ton bien, tu dois te montrer plus forte, et plus déterminer, si tu veux sortir vite.

Le prochain entretien se tiendra le 29.03.2009. Toujours au sein de la psychiatrie

2^{ème} entrevue : 29.03.2009.

MOI : Bonjour, comment ça va ?

K. R : Je vais toujours mal, j'ai envie de rentrer, je m'ennuie d'une part, et d'autre part on ne me laisse pas faire ce que je veux. Fais-moi sortir d'ici.

MOI : Je ne peux pas te faire sortir, tu es la seule en mesure de t'aider, par ton application dans le suivi des instructions de ton médecin.

Sinon que désir tu faire, et on te l'interdit ?

K. R : On veut m'obliger à changer mes habitudes, ils veulent m'obliger à manger, alors que je n'ai même pas faim, moi je n'ai pas envie changer. Pourquoi vous voulez m'empêcher de maigrir ?

Demande leur de me foutre la paix, grossir m'angoisse, ma mère se déplace difficilement, elle est lourde et pleine comme tout elle pèse une tonne peut être, je ne veux pas être comme elle, je sens mon cœur serré rien que d'y penser, ça m'effraie. Je sais que je suis plus mince qu'elle pourquoi veulent ils que je lui ressemble, je ne veux pas, je ferai tout le nécessaire pour que ça n'arrive pas, telle est ma décision, et je ne changerai pas d'avis. Ils ne veulent pas comprendre que je n'arrive pas à m'imaginer comme elle, je n'arrive pas je n'arrive pas...

MOI : Calme toi, personne ne veut que tu ressemble à qui conque, ils veulent juste t'aider à mieux te sentir, que tu t'apprécie encore plus, que tu te sentes mieux dans ta peau surtout.

K. R : Mais je me sens bien, je sais qu'ils veulent que mon cycle reprenne, mais moi je ne veux pas. Maintenant je ne suis pas obligée de sentir mauvais, de me cacher, je me sens plus légère, plus propre, plus saine, vider de toutes contraintes, et puis surtout j'ai l'impression que je suis plus jeune, depuis que j'ai eu mes règles ma mère ne cesse de me surveiller, elle me dit qu'il ne faut pas avoir des relations avec des garçons, que je risquais de prendre grossesse, et comme on ne discute pas toutes les deux, elle ne fait que donné des ordres c'est tout, enfin... elle ne sait pas que le mariage ne m'intéresse pas, et encore moins les garçons, je ne leurs fais pas confiance, se sont des menteurs, des faux jetons,...

Je n'aime pas le jour de laid.

Tu as la possibilité de discuter avec le médecin... tu peux lui demander de ne pas me changer mes habitudes alimentaires.

MOI : C'est vraie que j'ai la possibilité de discuter avec ton médecin traitant, mais je ne peux pas lui demander de vous changer le régime alimentaire qu'il t'a prescrit –justement – pour ton bien, c'est à toi de faire un effort. Tu disais que tu n'aimais pas le jour de laid.

K. R : Je ne sais pas, peut être que ma mère le sait, enfin elle sait que je me sens pas bien le jour de laid, mais on a jamais discuté de ça, la discussion n'a jamais été entamée ni de ma part ni de sa part... sais tu que j'ai faillit être violée un jour ?

MOI : Violée ? Comment ça ?

K. R : Enfin, pas moi, c'était ma copine, un jour je devais accompagner une copine chez elle, dans la cage d'escaliers, un de ses voisins s'est jeté sur elle, il voulait l'embrassé, j'ai commencé à crier je ne pouvais plus m'arrêter, ça la fait fuir, depuis je ne vais plus chez elle, ni regardé un garçon de près, c'est effrayant, je me rappelle très bien de cette scène j'avais 11 ans, je me souviens bien car peu de temps après j'ai eu mes règles, ça m'a beaucoup marqué. Je n'oublierais jamais cet évènement, j'ai eu la peur de ma vie, depuis d'ailleurs je me suis enfoncée dans un silence remarquable, d'après les dires de ma mama ; mais elle n'a jamais su cette histoire.

MOI : Pourquoi ne lui as tu pas raconté ?

K. R : Je ne me confie pas beaucoup à ma mère, si elle l'avait su, elle m'aurait fait un scandale, elle me dirait que certainement j'ai eu une relation avec ce garçon sinon, il ne se permettrait jamais ce geste, elle irait voir les parents de cette camarade, et leur fait un spitch, il vaut mieux se taire.

MOI : Tu disais que ne faisais pas confiance aux garçons, qu'ils étaient faux jetons.

K. R : Oui, je ne peux pas leur faire confiance, ils sont violents, je trouve qu'ils ne prennent pas leur responsabilités... ils ne sont pas responsables du tout... imagine que si jamais ce garçon avait fait quelque à ma camarade et qu'elle avait prise grossesse, penses tu que notre société l'aurait condamné ? Je ne pense pas, je dirais plutôt que la jeune fille serait tuée par ses parents. En tout cas ma mère m'étranglerait si jamais je faisais quoi que ce soit, c'est ce qu'elle me dit souvent, elle me dit aussi que si jamais une fille tombe enceinte elle sera seule, l'homme va l'abandonner très vite, de toute façon les garçons ont un sexe à la place du cerveau, ils sont complètement immatures.

MOI : Donc tu n'as pas un ami ?

K. R : Un ami ? Jamais de la vie, j'ai trop peur, de ma mère d'une part, et d'autre part je ne leur fait pas confiance, ils ne m'intéressent pas du tout, une cousine à moi, me dit tout le temps « *on dirait que tu n'es pas une fille comme nous, rien ne t'intéresse, même pas toi-même* ». Même des amies filles j'en ai pas, elles se moquent de moi, elles me disent que je suis complexée, je suis bien quand je suis seule, ça ne sert à rien d'avoir des amies si elles se moquent de toi.

MOI : Et pourquoi pensent elles que tu es complexée ?

K. R : Car je n'aime pas les garçons, ils m'écoeurent, et parce que je ne me fais pas belle, je ne prends pas soin de moi, je ne sais faire que du sport ou sinon les régimes, c'est ce qu'elles disent souvent, le comble est que tout le monde les soutiennent dans leurs propos..., et dire que c'est ma façon d'être et ma façon de prendre soin de moi-même. Chacun son dada. Moi je ne me trouve belle que quand je maigris davantage, je me sens dans mon élément, quand je cache mon corps, quand je ne mange pas, je n'ai jamais faim d'ailleurs, je suis tout le temps en régime et ça me réjouit, bien au contraire c'est en gardant au fond de moi ce que j'ai avalé que je me sens mal, lourde pleine, je sens mon ventre enflé c'est comme si j'étais enceinte, Burrrrrrq, c'est effrayant. Moi je me vois toujours jeune, petite pour ça.

C'est pour ça que je vomis, sans aucun effort ça vient tout seul.

Mon corps est une propriété privée, il m'appartient, personne ne doit le contrôler en dehors de moi-même, ni ma mère ni quelqu'un d'autre. Pour te le prouver, quand je n'étais pas bien je prenais une brosse pointue et je me frapper avec, j'avais l'impression que ma peine allait disparaître, que j'allais mieux me sentir à travers cette auto punition. Je n'ai ras le bol, j'ai envie de mourir.

MOI : Mourir ce n'est pas fort ?

K. R : Pourquoi fort, tu ne connais pas le calvaire dans le quel je vis, personne ne prend soins de moi, ma grand-mère est morte c'était la seule qui faisait attention à moi, ma mère me néglige, mon père n'a de mot a placé avec ma mère, il n'est jamais présent de toute façon, mes frère, et sœur sont bien entourés ma mère les adore, et pas moi, elle me le dit, « *avec ta naissance mes problèmes ont commencé* » elle ne m'aime pas, je suis de plus dans la maison, « *être ou ne pas être telle est l'amère réalité* »....

Mes parents ne sortent jamais ensemble, sais tu que c'est la première fois qu'ils le fassent, quand ils sont venus me rendre visite, j'ai eu l'impression, que ça va être la dernière fois qu'ils me voient, que c'est un Adieu, qu'ils m'accompagnent vers la mort, c'est pour ça qu'ils m'ont placé ici... C'est un mouroir, un cimetière, ils veulent me laisser seule ... C'est vraie que de cette manière je pourrais retrouver ma grand-mère, le seul être qui a pris soin de moi, qui faisait attention à moi, elle m'achetait un croissant chaque matin.

MOI : Et pourquoi tu ne te dis pas plutôt qu'ils s'inquiètent pour toi ?

K. R : S'inquiéter pour moi, tu penses, possible...

Dis, tu ne peux pas me faire sortir d'ici ?

MOI : Non je n'ai pas cette possibilité, de toute manière c'est encore prématuré, mais dès que tu iras mieux, tu rejoindras ta famille.

K. R : Rejoindre ma famille, oh oui, retrouvé aussi mes repères, je me sens perdu ici.

Quand vas-tu appliquer le test sur moi ? Je m'impatiente de le faire avant de mourir.

MOI : Tu ne risques pas de mourir si tu suis les consignes de ton médecin traitant, bien au contraire tu vas vite te rétablir et sortir.

K. R : Oui certainement... la semaine prochaine on va appliquer le test n'est ce pas ?

MOI : Oui c'est pour la semaine prochaine.

K. R : Génial, j'attendrai la semaine prochaine avec impatience.

MOI : Très bien, au revoir alors,

Troisième entretien et application du RORSCHACH, EAT 26 et le QIC : 06.04.2009.

Entrevue avec la mère le : 13.04.2009.

Appelée F, elle est âgée de 49 ans, mariée depuis 1990.

MOI : Bonjour, comment allez vous ?

LA maman : Bonjour, je vais bien, merci.

MOI : voulez vous me parler de l'enfance de R ?

LA maman : J'ai mis du temps pour enfanter, déjà que je me suis mariée tard, vers 30ans, j'ai du attendu 3 ans pour être enceinte, pour enfin avoir R, en attendant, mes beaux parents n'hésitaient pas à me rabaisser dès que l'occasion se présentait, à cause du retard de la grossesse bien sûr, ils pensaient que je n'enfantais pas. Et Elle est venue, elle était normale, mais très attachée à sa grand-mère, j'ai du souffrir pour l'avoir, avec sa naissance mes problèmes ont commencé, déjà mon mari m'a demandé d'arrêter de travailler alors que j'étais secrétaire... car son père trouvait que je devais prendre soin de la petite, j'ai dû céder ; c'était l'erreur de ma vie, ensuite elle qui s'attachait à sa grand-mère.

Elle était normale, a commencé à marcher vers quatorze (14) mois, à 2 ans déjà, elle parlait couramment et était propre, à deux ans et demi je l'ai placé au jardin d'enfant, malgré que je ne travaillais pas, mais j'avais beaucoup de visites à faire, et je voulais la détaché un peu de sa grand-mère, mais rien à faire, quand elle est à la maison, elle passait tout son temps coller aux jupons de sa grand mère. Et quand je demandais à sa grand-mère de la préparer afin que le déménagement et la séparation lui soient facile, elle me répondait que je n'avais qu'à passer un peu plus de temps à la maison pour pouvoir prendre soin de ma fille et la récupérer d'ici la il faudrait bien que quelqu'un prenne soin d'elle.

Seulement, ce n'était pas une grande dormeuse, elle l'est toujours, elle ne dort que quatre heures au grand max par nuit, et préfère rester seule dans le noir sans rien faire.

MOI : Pourquoi, vous ne prenez pas soin d'elle ?

LA maman : C'est vrai que si je ne suis pas invitée, je reçois des invités, mais c'était surtout pour éviter les conflits et les remarques désagréables de ma belle mère, mon mari était tout le temps occupé par son travail, on sinon l'absent présent ; c'est-à-dire qu'il ne s'impliquait jamais, je devais me débrouiller pour tout faire même me disputer avec sa mère, il ne disait jamais rien, trop laxiste et démissionnaire. Il l'est jusqu'à présent d'ailleurs.

MOI : Vous l'avez sevré vers quel âge ?

LA maman : Au bout du 40eme jour après sa naissance. J'ai arrêté de lui donner le sein, vu que je lui donnais du lait pour nourrisson comme complément, mais ça a fait réduire mon lait.

Ma fille a de tout temps aimé s'isoler, mais son isolement et repli se sont accentués peu de temps avant sa puberté, je lui ai demandé que se passait-il, mais elle n'a rien dit, ou plutôt

elle a dit qu'il ne s'était rien passé. Elle adore s'en fermer dans la salle d'eau, dans le noir, je m'inquiète beaucoup pour elle, après notre déménagement, au lieu de s'épanouir, comme moi, elle ne mangeait plus, ne dormait plus, elle a même commencé à faire des cauchemars. Et depuis, elle et le mangé font deux, elle ne prend que de la tomate fraîche, sinon des croissants; et récemment, elle exige de la confiture de banane sinon elle ne mange pas, déjà qu'elle mange peu.

Avec elle il y'a tout un rituel avant de manger ; elle se met rarement à table avec nous et c'est parce que j'insiste sinon elle ne le fait pas, je lui dis d'ailleurs que « *tu manges comme les chiens* » mais rien à faire elle ne réagit pas, il faut tout laver deux fois, couper en petits dés, prendre je ne sais plus combien de cuillères de confiture, manger très lentement, mâcher pendant un bon bout de temps et ça me met en boule, c'est pour ça qu'elle mange seule.

MOI : Quel genre de relations entretenez vous avec R ?

LA maman : Les relations que n'importe quelle mère doit normalement avoir avec sa fille... elle est très distante par rapport à tout le monde, tout à fait mon contraire, je suis très ouverte, elle est repliée sur elle-même, très peu communicative, ne s'implique en rien, très effacée par rapport à moi, et ça m'énerve, des fois quand elle veut rester avec les invités qu'on reçoit, elle ne le fait pas directement, elle ne s'assoit pas en s'imposant, elle reste debout dans un coin en me regardant, même si je lui fais des signes avec les yeux, elle ne réagit pas sauf si je lui dis directement assois toi.

Ou sinon elle devient très pâle quand elle ne connaît ou ne désire pas voir la personne, toute ces réactions m'embêtent, c'est vraie que je l'ai éduqué à ne pas rester avec les invités, parce qu'elle était jeune, elle met juste le plateau et ressort aussitôt, mais là elle grandit je ne vois plus d'inconvénients.

Je la vois indécise et moi je la veux forte, pouvant s'affirmé quelque soit la situation, malheureusement je n'ai pas de chance, elle est le contraire de ce que j'ai toujours désiré avoir, elle ne ressemble pas à sa sœur, elle s'affirme mieux qu'elle pourtant elle est plus jeune.

Vous savez qu'elle suce son pouce jusqu'à présent ? Elle le fait en cachète d'accord mais c'est normal que je m'emporte contre elle aussi.

MOI : Est que vous avez discuté avec elle ?

LA maman : Oui, je lui dis, que si elle veut entrer quand on a des invités qu'elle le fasse, et qu'elle ne doit pas rester clouer dans un coin à ne rien faire. Et vous savez qu'est ce qu'elle me dit : « *j'ai peur de ta réaction, si je n'entre pas tu me dis pourquoi tu n'es pas venue, et si je viens, tu me dis, tu es restée trop longtemps avec l'invité* » c'est vraie, mais parce que je veux qu'elle fasse la part des choses, elle ne doit pas parler avec tout ceux qu'on reçoit.

MOI : Et comment voulez vous qu'elle fasse la part des choses, elle ne peut pas savoir avec qui elle doit ou ne doit pas parler ?

LA maman : J'ai ne pas à le lui dire, c'est clair, elle ne peut parler qu'aux plus proches c'est tout, les autres non.

MOI : Pourquoi vous ne le lui dites pas plus explicitement ?

LA maman : Je lui transmets la même éducation que j'ai reçue, qu'est ce qu'il me manque ? Absolument rien j'ai grandi, ma mère se comportait avec moi de la même sorte que moi avec elle, alors dans les anciens temps la mère n'avait pas le droit de toucher l'enfant ou de lui donner une tétée et aller préparer à manger, que c'est il passé, absolument rien je suis une femme et j'ai un foyer, même sa sœur est plus ouverte qu'elle. Elle est optue, ne fait qu'à sa tête, surtout avec l'histoire de ses régimes répétés, elle n'écoute personne, j'ai l'impression qu'elle le fait exprès pour me contrarier.

MOI : Pour vous contrarier ?

LA maman : Oui, c'est clair, quand je lui dis je veux qu'elle s'arrête de se faire vomir, qu'elle doit manger correctement, comme tout le monde quoi, c'est là qu'elle fait plus, ces crises s'accroissent. C'est comme si elle voulait me dire ne te mêle pas, j'ai l'impression qu'elle veut échapper à mon contrôle, qu'elle le fait exprès je m'acharne contre elle, je lui dis beaucoup de choses désagréables, même si je le regrette plus tard, je le refais quand même, elle me fait de la peine. Mais je n'arrive pas à l'aider.

La psychiatre m'a dit qu'il faut que je change d'attitude envers elle si je veux qu'elle guérisse, je ne sais pas par quoi il faut commencer.

MOI : Commencez déjà par communiquer avec elle, par écouter ses peines.

LA maman : Je ne sais pas le faire, je suis très traditionnelle dans ma tête, je suis la mère, elle est la fille, elle doit s'aligner, faire ce que je lui dicte de faire, j'ai beaucoup plus d'expériences qu'elle, qu'est ce qu'elle connaît de la vie, même l'école, elle a décidé de la quitter, pourquoi ; parce que c'est camarades se moquaient d'elle, je lui ai proposé de changer de classe ou d'école, rien à faire, elle s'est entêtée, comment voulez vous qu'il y ait une communication entre nous.

MOI : Toute chose a un début, il faut essayer.

LA maman : On verra, si je serais en mesure de la faire,

MOI : Il faut essayer, discutez avec son médecin traitant ; il va vous orienter certainement. Je voulais savoir si vous savez pourquoi R, se sent mal alaise lors de laid ?

LA maman : je ne sais pas, depuis son jeune âge, elle a peur du sang, de la violence, s'enfermant les jours de laid en pleurant, je ne me rappelle pas.

MOI : il ne s'est rien passé donc ?

LA maman : Non, pas à ce que je me souviens... peut être que... non ça m'étonne que ça soit ça, ça remonte à très loin, elle était très jeune, vous pensez qu'elle s'en souviens ?

MOI : Elle se souviens de quoi ?

LA maman : Un jour de aïd, son père m'a frappé, c'était la seule fois qu'il devienne un homme, il m'a frappé à tort, mais c'était l'unique fois, il ne l'a jamais refait, j'ai saigné, et elle pleurait tellement que je pensais qu'elle allait s'étouffé, elle devenait bleue, elle avait à peine 3 ans et demi, vous pensez que c'est ça ? En tout cas c'est la seule chose de remarquable qui s'est déroulée, la seule fois qu'il me bat, mais elle était très jeune, enfin je trouve.

MOI : Possible que ça soit ça. Et pour la succion de son pouce, elle le fait quand généralement ?

LA maman : Quand elle est seule dans la seule d'eau, quand elle veut dormir, ou sinon quand elle ne se sens pas bien ou contrarié. Vous pensez qu'elle pourrait s'en sortir ?

MOI : Certainement, surtout si vous vous serrez les coudes, si vous vous montrez solidaires, si vous fournissez un peu de bonne volonté pour améliorer vos relations et la nature de la communication qui vous lie.

LA maman : Je n'ai pas envie de la perdre, je vous promets de faire un effort.

MOI : Je l'espère bien, c'est dans votre intérêt à tous.

LA maman : Oui, inchallah.

MOI : Inchallah ? Je vous remercie pour votre collaboration.

LA maman : Merci à vous, vous m'avez aidé à me remettre en cause. Merci encore une fois et bon courage.

MOI : merci, bon courage à vous aussi.