



HAL
open science

Le corps, théâtre du fantasme matricide de l'anorexique

Carole Rabolini

► **To cite this version:**

Carole Rabolini. Le corps, théâtre du fantasme matricide de l'anorexique. Psychologie. Université Nancy 2, 1998. Français. NNT : 1998NAN21010 . tel-01775369

HAL Id: tel-01775369

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01775369>

Submitted on 24 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE de NANCY II
Année 1998.

UFR
Connaissance de l'Homme.

*Le Corps, Théâtre du fantasme
matricide de l'anorexique.*

REPRODUCTION INTERDITE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Psychologie
pour obtenir le titre de

DOCTEUR en PSYCHOLOGIE

par

CAROLE RABOLINI

Laboratoire de Psychologie
Groupe de Recherche en Psychologie de la Santé.

EXAMINATEURS de la thèse:

- Monsieur Le Professeur Claude DE TYCHEY (Directeur de Thèse)
- Monsieur Le Professeur Jean Pierre KAHN
- Monsieur Le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
- Monsieur Le Professeur Vladimir MARINOV

SOMMAIRE

| | |
|---|-------------|
| INTRODUCTION. | p 1 |
| 0.1) Pourquoi une sensibilisation à cette pathologie ? | p 2 |
| 0.1.1) Le corps en psychanalyse. | p 5 |
| 0.1.2) Introduction à une dialectique corporelle. | |
| 0.1.3) Réédification contemporaine du corps chez l'anorexique. | p 10 |
| 0.2) Le caractère édifiant des données épidémiologiques. | p 18 |
| 0.2.1) Quels sont les groupes à risques ? | p 20 |
| 0.2.11) L'âge. | p 20 |
| 0.2.12) Le sexe. | p 21 |
| 0.2.13) Le milieu social. | p 22 |
| 0.2.14) Le contexte socioculturel. | p 22 |
| 0.2.2) Le taux de mortalité. | p 26 |
| 0.3) Essai de synthèse. | p 27 |
| CHAPITRE I. | |
| NOSOGRAPHIE DE L'ANOREXIE MENTALE: RAPPEL HISTORIQUE. | p 34 |
| 1.1) Rappel historique. | p 35 |
| 1.2) Synthèse et critiques. | p 40 |

CHAPITRE II.

ETIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE. p 44

2.1) *Le facteur biologique.* p 45

2.2) *Le facteur familial.* p 47

2.3) *Le facteur socioculturel.* p 48

2.4) *Les facteurs psychiques.* p 50

2.4.1) *La culpabilité oedipienne.* p 51

2.4.2) *La problématique de dépendance.* p 54

2.5) *Limites et extensions.* p 60

2.6) *Pour une causalité somato-psychique.* p 68

CHAPITRE III.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE DE RECHERCHE. p 71

3.1) *Hypothèse générale.* p 72

3.2) *Hypothèses théoriques.* p 75

CHAPITRE IV.

PUBERTE, INVESTISSEMENT DU CORPS ET SES AVATARS. p 78

4.1) *Perspectives différentielles: réflexions préalables.* p 79

4.1.1) *Le fonctionnement hystérique.* p 81

4.1.11) *Le rapport au corps chez l'hystérique.* p 81

4.1.12) *Hystérie et anorexie.* p 83

4.1.2) *Le fonctionnement schizophrénique.* p 86

4.1.21) *Le rapport au corps du schizophrène.* p 86

4.1.22) *Schizophrénie et anorexie.* p 88

| | |
|---|-------|
| 4.1.3) <i>Le fonctionnement psychosomatique.</i> | p 91 |
| 4.1.31) <i>La relation au corps dans le fonctionnement psychosomatique.</i> | p 91 |
| 4.1.32) <i>Psychosomatique et anorexie.</i> | p 95 |
| 4.1.4) <i>Synthèse, ouverture et discussion pour une compréhension du langage du corps de l'anorexique.</i> | p 99 |
| 4.2) <i>Le processus pubertaire.</i> | p 103 |
| 4.2.1) <i>Le phénomène biologique de la puberté.</i> | p 105 |
| 4.2.2) <i>La puberté physiologique au regard du processus anorexique.</i> | p 107 |
| 4.2.3) <i>Approche psychanalytique de la puberté.</i> | p 110 |
| 4.3) <i>Fantasmatisation de l'avènement pubertaire chez l'anorexique.</i> | p 122 |
| 4.3.1) <i>Symbole de la menstruation.</i> | p 122 |
| 4.3.2) <i>Fécondité et maternité: leur rapport à l'anorexie mentale.</i> | p 124 |
| 4.3.3) <i>Le fantasme matricide et l'anorexie mentale.</i> | p 128 |
| CHAPITRE V. | |
| METHODOLOGIE. | p 141 |
| 5.1) <i>Contexte de recherche: condition de sélection de la population.</i> | p 141 |
| 5.2) <i>Constitution de l'échantillon.</i> | p 146 |
| 5.3) <i>Sélection de la population d'étude.</i> | p 151 |
| 5.3.1) <i>Les critères d'inclusion.</i> | p 151 |
| 5.3.2) <i>Les critères d'exclusion.</i> | p 157 |
| 5.4) <i>Présentation des sujets.</i> | p 157 |
| 5.5) <i>Recueil des données techniques d'investigation.</i> | p 159 |
| 5.5.1) <i>Les entretiens psychothérapeutiques.</i> | p 159 |
| 5.5.2) <i>Les épreuves projectives complétées d'un entretien clinique.</i> | p 162 |
| 5.6) <i>Mode d'exploitation du recueil des données et ses limites.</i> | p 166 |
| 5.7) <i>Anorexie et contre-transfert.</i> | p 173 |

5.8) *Formalisation des hypothèses de travail.* p 176

5.8.1) *Le fantasme matricide dans l'entretien psychothérapique.* p 177

5.8.2) *Le fantasme matricide et ses différentes dimensions aux tests projectifs.*
p 178

CHAPITRE VI.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES. p 181

* *Laurence*

*ou la prise en charge psychothérapeutique de l'anorexie mentale chez
une jeune adulte.* p 183

* *Catherine*

*ou les particularités du processus anorexique dans sa phase de début au
travers des épreuves projectives.* p 214

* *Elisa*

*ou la genèse du processus anorexique dans la prise en charge
psychothérapique.* p 230

* *Anne.*

*ou les apports et caractéristiques des épreuves projectives dans une forme
avérée d'anorexie.* p 273

CONCLUSION. p 286

BIBLIOGRAPHIE p 298

ANNEXE

A notre Maître et Directeur de Thèse,

Monsieur Le Professeur Claude DE TYCHEY

Professeur de Psychologie - Pathologie à l'Université de NANCY II,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter et de diriger cette recherche,

*Vous avez corrigé notre travail avec une attention bienveillante et une grande
disponibilité,*

Vous nous avez soutenue dans nos positions cliniques,

*Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements et
de notre profond respect.*

A notre Juge et Membre,

Monsieur Le Professeur Jean Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie à l'Université HENRI POINCARÉ, NANCY I,

Nous sommes émue de l'honneur que vous nous faites en acceptant de nous entendre,

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde et sincère reconnaissance.

A notre Juge et Membre

Monsieur Le Professeur Daniel SIBERTIN - BLANC

Professeur de Pédo - Psychiatrie à l'Université HENRI POINCARE, NANCY II,

*Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce
travail,*

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre sincère et respectueuse gratitude.

A notre Juge et Membre,

Monsieur Le Professeur Vladimir MARINOV

Professeur de Psychologie - Pathologie à l'Université de SAVOIE, CHAMBERY - AIX,

Vous nous honorez de votre présence en ayant accepté de participer à la constitution de ce jury,

Nous tâcherons de nous en montrer digne,

Qu'il nous soit permis de vous adresser ici notre plus respectueuse et sincère gratitude.

A Eric,

*Pour son amour et sa présence,
Egalement pour sa tolérance
dans les instants de doute
qui furent parfois miens.*

*A mes parents,
Qu'ils puissent recevoir ici
le témoignage de toute mon affection,
et tous mes remerciements pour leurs
encouragements durant mes études
car, sans eux, ce travail n'aurait
jamais vu le jour.*

*A mes amis,
pour leur chaleur
et leur soutien.*

*A Madame Nathalie DUMET,
Maître de Conférence à l'Université de NANCY II,*

Pour toute l'attention que vous nous avez portée,

Pour ces échanges cliniques et conseils éclairés,

Nous vous prions de trouver dans ce travail l'expression de nos plus sincères remerciements.

*A Monsieur Le Docteur Jean Jacques SUHNER,
Médecin - Chef du 5^o Secteur de Psychiatrie Adulte du Centre
Hospitalier de RAVENEL,*

Qui nous permet de recueillir dans son service nos données cliniques.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

*A Madame Le Docteur Pascale OLIVIER,
Praticien Hospitalier du Centre Hospitalier de RAVENEL,*

Pour avoir reçu ma demande

Qu'elle soit remerciée de sa confiance.

A Monsieur LAHALLE,

Responsable du Centre de Documentation du Centre Hospitalier de Ravenel,

Pour son dévouement et son aide si précieuse à la constitution de notre bibliographie.

A ALINE, SYLVIE et SANDRINE

*Ensemble assises sur les mêmes bancs,
Pour nos discussions balbutiantes
et enflammées sur les méandres de la psyché.*

0.1) Pourquoi une sensibilisation à cette pathologie ?

Psychologue en institution, nous sommes amenée à rencontrer nombre de patients, soit hospitalisés en milieu spécialisé, soit suivis en ambulatoire selon le découpage sectoriel retenu à cet effet. La prise en charge est bien souvent pluridisciplinaire et peut comprendre un suivi psychologique.

Dans ce cadre, nous sommes donc sollicitée afin d'accompagner les patients durant leur hospitalisation et suivi par l'équipe soignante.

Pour certains d'entre eux, le rapport à l'alimentation est porté sur l'avant de la scène. Perturbations isolées, tantôt réactionnelles à un événement de vie, à un processus de deuil, à une frustration affective ..., dysfonctionnement transitoire, écho d'un vacillement; mais qui tantôt emprunte un tout autre chemin, sur lequel s'organise une dynamique et se structure une personnalité.

Ces observations, somme toute communes à tout clinicien, n'auraient suffi en elles-mêmes à motiver notre recherche ... jusqu'à l'arrivée d'Annie puis d'Isabelle dans la structure de soins.

Dés l'annonce de leur accueil prochain, à l'énoncé des données anamnestiques et surtout pondérales les concernant, une multitude d'interrogations s'exprima dans une sorte d'effervescence, et autour du souci immédiat de définir les modalités de leur prise en charge respective, en termes de contenu, de fréquence hebdomadaire et de durée d'hospitalisation.

A leur entrée et durant leur prise en charge, le discours des soignants traduisait régulièrement leurs inquiétudes sur la santé physique de ces patientes; comme si la compréhension des mécanismes psychiques, sous-tendant une telle présentation physique, était comme partiellement balayée par les informations visuelles. D'ores et déjà se laissaient entrevoir les difficultés auxquelles nous fûmes confrontée par la suite.

Annie présentait une forte corpulence, qui avait auparavant mis ses jours en danger. Avoisinant les 180 kilos, elle se déplaçait péniblement et semblait " se répandre " au moindre de ses mouvements. Rapidement, elle suscita de la part de l'équipe soignante des sentiments massifs de rejet à la mesure d'un envahissement patent: " il ne fallait pas prolonger l'hospitalisation; il ne fallait pas que perde son accueil; il ne fallait pas la laisser tout gérer ...; et surtout il fallait contrôler les prises alimentaires ". Cette exigence, c'était ce " **trop plein** ", matérialisé par cet excédent pondéral.

Quelle ne fut pas notre surprise, et également notre intérêt à être témoin d'une prise de décision collective aussi cohésive, voire violente dans sa fermeté systématique à venir réinterroger les aspects thérapeutiques de la prise en charge; ce qui nous laissait l'impression de tenter de " l'évacuer extra-muros ".

Manifestations contre-transférentielles toutes aussi vives et réactionnelles à l'accueil d'Isabelle, dont le poids approchait les 40 kilos. Là, "il fallait", dans un souci impérieux, vérifier qu'elle se nourrissait; absolue nécessité à tenter de **donner corps**, substance à cette apparence squelettique. Et puis toujours, une incessante interpellation, vide de sens, émergeait autour de cette énergie outrancière repérable à chaque instant: où s'originait-elle? où puisait-elle ses forces vives? ... certainement pas dans ce qu'elle ingérait ...

Toutes deux avaient ainsi mobilisé l'autre au niveau des besoins primaires, se matérialisant, s'objectivant par une vigilance exacerbée des prises alimentaires.

Un corps à faire fondre, un corps à faire grossir. Derrière elles, deux femmes, se présentèrent à nous de manière singulière: l'interpellation et la mise en relation furent directes, fulgurantes.

Annie se dénomma par ses kilos, jalonnant son parcours personnel en fonction des variations pondérales qu'elle avait connues, voire subies; comme si celles-ci, à elles seules, suffisaient à la représenter. Son histoire, c'était, pour reprendre ses propos, celle " d'une masse, d'un tas ... ", dont les contours et débords nous apparaissaient sans limites.

Isabelle s'exprima autrement, formulant de manière agressive " ne pas vouloir être gavée ", pour rapidement ensuite occulter toute référence à son image corporelle.

Toutefois, au décours de la narration de son histoire, nous pouvions percevoir à quel point elle dispensait son énergie afin d'éliminer les quelques calories apportées à son organisme.

Lors de ces ébauches relationnelles surgirent en nous, en résonance des émotions et questionnements, dont l'intensité se révéla quelque peu déstabilisante.

Avec l'une, les " kilos " semblaient **remplir** tout l'espace de l'entre deux de notre rencontre, s'érigant telle une barrière incontournable.

Avec l'autre, s'exprimait une résistance massive à nier toute référence corporelle, en quelconque liaison avec le plan émotionnel. L'enveloppe externe quasi-transparente, reléguée dans les bas fonds d'un éventuel " utilitaire ", ne pouvait être envisagée que sur le plan fonctionnel.

De par notre place, nous nous sommes sentie en décalage, comme en amont de la mobilisation dans l'immédiateté de l'équipe soignante, authentifiant sa réponse au niveau des besoins vitaux, et comme en aval du discours d'Annie et d'Isabelle; ressenti du " **barrage** " corporel de l'une, néantisation d'un vécu en rapport avec l'image du corps de l'autre.

Notre position devenait difficilement soutenable, tiraillée entre le discours des soignants et celui de ces deux femmes. Nous étions témoin de l'entrechoc de deux messages, dont l'un semblait annuler l'autre, et renforçait d'autant les positions de chacun.

La confrontation à l'autre était d'autant plus exacerbée chez Isabelle que son état de santé était évalué en terme de carences nutritionnelles, d'apports énergétiques suffisants pour l'organisme ...; le spectre de la mort semblant associé à ces évocations. Le discours soignant s'évaluait ainsi en terme de besoins vitaux puisés par l'ingestion alimentaire, tandis qu'Isabelle nous rapportait " son refus d'être gavée ".

S'attardant sur sa présentation physique, les soignants la décodaient en message, auquel ils apportaient une réponse littéralement alimentaire, qui ne pouvait chez Isabelle, trouver terre d'accueil.

C. BALASC nous rappelle que: " l'anorexique exprime un message paradoxal. Il ne s'agit pas de contradiction entre un discours et une apparence physique, mais entre un message et un message sur le message " (1990, p 99).

Quiconque ne peut rester insensible à ce type d'apparence corporelle, consciemment ou inconsciemment recherchée. Bien davantage celle-là en préfigure l'état d'alerte, d'urgence dans lequel elle place l'autre. Celui-ci réagit et traduit le message en terme de souffrance, mais en définitive, l'anorexique proclame de ne pas accorder d'importance à son apparence. D'ailleurs, loin d'être malade, elle se prétend forte et dynamique.

A ce stade de notre interrogation, un choix s'imposa. Mobilisée à un niveau corporel, allions-nous poursuivre notre réflexion dans ce parallèle opéré entre

obésité et anorexie, chacune pouvant être abordée comme consécutive d'un trouble de la conduite alimentaire.

Il s'avéra que notre intérêt s'orienta petit à petit en faveur de l'anorexie, sans doute en raison de notre positionnement différencié de la réponse institutionnelle, de notre écoute emphatique et aussi de notre ressenti au discours d'Isabelle.

Nos propres mouvements contre-transférentiels s'exprimaient sous une autre forme, peut-être rendue possible justement par cette réponse avant tout alimentaire formulée par l'équipe soignante. A regarder Isabelle, à l'écouter, forcenée, réclamer que l'autre ne s'attarde pas sur son image extérieure, nous aurions souhaité l'engager dans un échange littéralement " **physique** ", peut-être comme pour l'inviter à rechercher le contact de la mère en situation de maternage; celle-là même où l'enfant est bercé par les bras maternels. Relation précoce, archaïque, durant laquelle le corps de l'enfant est investi et stimulé; temps également durant lequel la mère présente, parmi ses fonctions celle de contenance et se met en quelque sorte à la disposition de l'enfant en jouant le rôle de pare-excitation ...

Progressivement se révélait notre sensibilité à leur souffrance, comme incarnée dans leur présentation physique.

Poids, Physique, Schéma/Image corporel(le)s, Enveloppe ... autant de notions qui s'entrechoquaient dans notre esprit et qui finirent par poser les jalons de notre élaboration.

D'une réflexion générale, interrogeant la place réservée historiquement au corps en psychanalyse, nous nous sommes introduites au coeur d'une dialectique corporelle, pressentie dans nos propres mouvements contre-transférentiels et formalisée par nos lectures.

0.11) Le corps en psychanalyse.

Brièvement, rappelons que l'expérience psychanalytique confère à la parole une expression privilégiée. L'individu, s'inscrivant au coeur d'une démarche compréhensive vis à vis de lui-même, déroule, dans une totale liberté, son discours. Porté au gré de la libre association de pensée et de la non directivité de la séance, l'être humain advient sujet de son énoncé.

Cette technique analytique, et le cadre qui lui est associé, relève d'une construction historique, qui trouve son fondement dans l'oeuvre freudienne.

Voilà plus d'un siècle, les jalons étaient posés: à la Salpêtrière, CHARCOT (1870) rencontrait l'hystérique et jetait avec l'hypnotisme (1878) les prémisses de la méthode analytique. D'après M. REUCHLIN (1986) relatant l'histoire de la SALPETRIERE, CHARCOT " prend en charge en 1870 les hystériques <<non aliénés>> ... il entreprend en 1878 ses recherches sur l'hypnotisme ... ces troubles ou maladies, névroses ou psychoses, sont connus depuis longtemps. Leur nature suggérant cette idée que les médicaments s'adressant au corps n'étaient pas ici indiqués, puisque le corps était apparemment intact ... " (1986, p 70-71). La psyché est ainsi reconsidérée dans ses liens au soma; et les " rouages " psychiques suscitèrent un intérêt certain.

Poursuivant les recherches, BERNHEIM (1884) et JANET (1886-1889) introduisent le traitement par suggestion.

D'après D. LAGACHE (1955), " Pour BERNHEIM (1884), l'hypnose repose sur une crédulité naturelle ... BERNHEIM soutient que l'hypnotisme à trois phases décrit par CHARCOT est un hypnotisme de culture ... Pierre JANET * lui-même, dans ses premières études (1886-1889), avait constaté l'action pathogène du souvenir oublié d'événements liés à des émotions violentes ... " (1985, p8).

A leur suite, ces techniques - hypnose et suggestion - furent successivement utilisées puis abandonnées par S. FREUD (1887-1898) en faveur de la libre association; thérapie verbale non-directive, qui, dans la relation transférentielle, favorise le retour du refoulé et permet d'atteindre les traumatismes, enfouis dans l'inconscient.

Dans " la naissance de la psychanalyse " (FREUD, 1887-1902), nous pouvons suivre le parcours freudien: " à partir de l'automne 1887, il se servit de la thérapie hypnotique (lettre 2), tandis qu'à partir du printemps de 1889, il utilisa l'hypnose pour l'examen de ses malades ... " (1979, p 17). La même année, il se rend chez BERNHEIM à Paris; " l'école de Nancy (BERNHEIM, LIEBAUT), soignait par la suggestion sous hypnose et FREUD s'y était intéressé. Mais surtout il n'avait pas oublié que BREUER avait traité un cas un peu de cette façon " (MANNONI, 1968, p 42).

* JANET P. Automatisme Mental, 1889

L'intérêt commun à FREUD et BREUER les amène à publier en 1893 " Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques ", réédité en 1895 en tant qu'introduction aux " Etudes sur l'hystérie ".

L'observation de cas permet alors à FREUD de comprendre " le caractère défensif des symptômes, leur surdétermination, et la fonction de la résistance. En même temps qu'il acquérait ces vues cliniques ou même en avance sur celles-ci, il transformait sa technique en remplaçant la méthode cathartique par la << technique de concentration >> décrite dans les études. Un peu plus tard, entre 1895 et 1898, FREUD dépouille cette nouvelle technique de tous les éléments de suggestion qu'elle avait conservés et en fit la technique psychanalytique proprement dite " (FREUD, 1979, p 17-18).

Ainsi, FREUD, en allongeant sa patiente, **neutralise en quelque sorte le corps** qui, désormais, ne peut s'exprimer qu'au travers du discours et des mots le signifiant.

Si S. FREUD (1887), dans ses premiers traitements par suggestion, n'avait pas relégué la dimension corporelle, comme pourrait le faire entendre l'imposition de la main sur le front; la libération du discours, et en particulier celui de la sexualité, **renvoie le soma sur l'arrière scène. L'organisation du cadre analytique ne se prête pas plus à l'échange corporel. La position de l'analyste, derrière le divan, exclut tout contact physique et visuel.**

Aujourd'hui, ce cadre est toujours en place avec quelques modifications relatives au thérapeute et à l'école de pensée à laquelle il se réfère.

A. ANDREOLI (1981) rapporte à l'occasion d'une supervision de psychanalyse conduite auprès d'un autre analyste, " qu'il conseillait de modifier un peu le setting analytique et de situer le fauteuil de l'analyste de biais et pas tout à fait derrière le divan. Il devenait ainsi possible d'observer la pulsation des vaisseaux du corps des analysés et de mesurer l'impact corporel de toute interprétation " (p 52).

Récemment, M.A. DESCAMPS (1993) s'exprimait à ce sujet: " les psychanalystes se sont soudain aperçus qu'il y avait deux corps dans la pièce, l'un allongé sur le divan, l'autre assis sur un fauteuil et qu'on ne pouvait plus les passer sous silence " (p 13).

Toujours est-il que l'expression corporelle est souvent interprétée en terme d' "acting -in", qui traduit une décharge émotionnelle sous l'effet de l'interprétation ou par défaut de secondarisation.

Cela n'est pas sans laisser l'impression que le corps dans sa libre expression n'est plus sans être relié ou associé dans une complémentarité avec la psyché, le soma ne serait qu'écho, retentissement d'un fonctionnement psychique.

Sinon, nous nous trouvons confrontée à un corps parlé, fantasmé, malgré l'effort de certains, tel PASINI (1981) qui préservait une articulation dynamique entre corps réel et corps imaginaire. " En psychanalyse, on est constamment confronté à un corps fantasmé, à un corps à la fois vécu et parlé, image infiniment instable et mouvante, à l'intérieur de laquelle se joue la relation analytique " (p 49).

Pourtant, déjà dans la continuité de l'élaboration freudienne, d'autres psychanalystes s'étaient efforcés de préserver la dimension thérapeutique du corps.

Les cures conduites par Sandor FERENCZI (1968, 1970, 1974), disciple de FREUD* dès 1908, permettaient déjà au corps de s'exprimer " activement ", par des gestes, des sons, des cris; et plus tard au travers d'un contact corporel avec l'analyste. Dans ses débuts, il s'agissait d'une " thérapie active " des mises en acte. Les souvenirs et fantasmes étaient " agis " plutôt que d'être " parlés ". Puis, délaissant cette méthode, S. FERENCZI évoque la " néocatharsis " où le contact physique entre l'analysé et l'analysant provoque une décharge cathartique.

Mais l'élève fut rapidement désavoué par le maître freudien.

Ce fut ensuite au tour de Wilhelm REICH (1934) . Celui-ci visait à établir l'unité fonctionnelle de la psyché et du soma à l'aide d'une méthode thérapeutique spécifique, la végétothérapie. Mais la société viennoise puritaine de la fin du 19ieme siècle, qui avait déjà dénoncé l'essai freudien sur la sexualité infantile, pouvait-elle en accepter davantage alors qu'une libéralisation du corps était en question.

* SIGMUND FREUD, SANDOR FERENCZI, correspondance 1908-1914, Calmann-Lévy, 1992

Ainsi, suite à une communication " Contact psychique et courant végétatif ", exposé en Août 1934 au Congrès de l'Association Psychanalytique Internationale à Lucerne, où W. REICH expose ses principes, originaux pour l'époque, de l'unité psychosomatique et la personnalité, en même temps qu'il esquisse la notion de cuirasse musculaire, il est très critiqué et exclu de la scène psychanalytique - et le corps avec lui -

Pour PEYROT (1992), W. REICH avait investi " de façon plus localisée des facettes spécifiques du corps, comme les rigidités musculaires, les spasmes viscéraux, la respiration et la circulation de l'énergie. Il manipule lui-même le corps de manière plus ou moins directive, dans un contexte qui, s'il reste psychanalytique laisse de plus en plus de place au non-verbal. mais ces approches sont trop " osées " pour le courant psychanalytique de l'époque, et tout comme cela arrive chez l'individu lorsque l'émotion est trop intense, s'est opéré un blocage ... de plus de vingt ans (p 24).

En effet, il faudra attendre les années révolutionnaires et la libération sexuelle post soixante-huitarde pour que ces approches suscitent un regain d'intérêt.

M.A. DESCAMPS (1993) le soulignait encore dernièrement " la réconciliation avec le corps souvent tabou a été l'oeuvre des premiers psychothérapeutes humanistes dans les années soixante-dix " (p 12).

Cette psychologie humaniste a travaillé à la libération du corps tant fonctionnel, dans ces postures et mouvements, qu'émotionnel et sensuel jusqu'au corps transfonctionnel, avec les états de conscience modifiés.

Dès lors, les thérapies corporelles ont été florissantes: bio-énergie, thérapie primale, massages sensitifs, haptonomie ... et plus actuelles les somatothérapies dont le fondateur de l'Association Internationale est Richard MEYER.

Récemment, l'auteur et ses collaborateurs (1993) interrogent les deux grands principes ou rôles propres au corps en thérapie et définissent:

" . le corps comme lieu même de la maladie et de la guérison du côté de REICH (1970, 1973) et de BOYESEN (1985), par ex*;

. le corps comme moyen de la thérapie du côté de FERENCZI (1974, 1983) et de la somatanalyse entre autres ... " (p 8).

* ou encore du côté de JANOV (1975).

S'inspirant des travaux reichiens, cette méthode thérapeutique nous paraît réaliser un compromis acceptable entre psyché et soma; l'accent étant porté sur l'unité psychosomatique de la personne.

" Il ne s'agit pas de donner au corps un pouvoir magique de guérison, mais de lui laisser sa place parmi les sources d'information qui donnent accès à la réalité complexe d'une personne " (1993, p 21).

En conclusion, ce rappel historique nous a permis de dater la réconciliation avec le corps en psychanalyse dans les années soixante-dix. Depuis, de nombreuses thérapies corporelles ont fait jour.

Maintenant, par rapport au sujet nous tenant à coeur, comment ne pas relever la concordance temporelle entre cette réconciliation du soma avec la psyché, et la préoccupation des psychanalystes contemporains - comme H. BRUCH ou E. KESTEMBERG - centrés sur la compréhension et le traitement de l'anorexie mentale.

0.12) Introduction à une dialectique corporelle.

A notre avis, les prémisses se sont engagées au décours du symposium de GÖTTINGEN dont les conclusions déssexualisent le comportement alimentaire. La composante libidinale orale ainsi écartée, **le corps se retrouve au coeur du conflit**; corps mutant de l'adolescence; approche recentrant la problématique de l'identité au coeur du débat.

Dés 1979, avec la clinicienne Hilde BRUCH, nous pouvons repérer au fil de son ouvrage les liaisons opérées entre anorexie et image du corps (p 18, 19, 49, 75, 76, 77 ...):

" Très souvent, c'est la crainte suscitée par les changements corporels, au cours de la puberté, qui semble précipiter le désir de minceur. Le développement et les changements normaux sont interprétés comme de << l'embonpoint >>. Quelles que soient les critiques extérieures concernant leur corps, l'anxiété plus profonde des anorexiques vient de ce qu'avec la taille adulte on attend d'elles un comportement plus indépendant. On a beaucoup dit que les anorexiques

témoignent d'une peur de l'âge adulte. En fait, elles craignent de devenir des adolescentes " (p 80).

Pour BRUCH, (1979), le trouble fondamental est un trouble de l'image du corps, succédant à des perturbations de la perception intéroceptive, qui prennent un caractère déréel, voire délirant.

Aux origines du tableau symptomatologique, se situe le rapport du sujet à son propre corps; relation à soi qui est au fondement même du sentiment d'identité.

Reconnaître le non-accès à la génitalité de l'anorexique, ses liens de dépendance au milieu familial, la singularité de la relation archaïque nous apparaissent secondaires à ce premier temps constitutif de la personnalité.

Nous ne pouvons faire l'économie d'appréhender l'éprouvé du pubère, confronté à des sensations internes nouvelles, auquel il n'est pas préparé, en même temps qu'il constate des modifications corporelles externes.

Pour nous, ce bouleversement peut provoquer une discontinuité voire une rupture du sentiment d'identité, jetant l'adolescent dans les méandres de la confusion face à ce corps s'agitant, dont les limites corporelles précédemment investies sont à redéfinir et dans l'impossibilité immédiate d'en retrouver d'autres, substitutives et stables.

Tenter d'aborder la problématique de l'anorexique sous cet angle, nous permet d'opérer une décentration de l'attention portée sur le comportement alimentaire, au bénéfice du corps tout entier, dans lequel une mémoire est inscrite, et sur lequel nous allons donc concentrer nos efforts.

Le corps serait pourvu d'une mémoire corporelle. D'après Mc DOUGALL J. (1989), " le message primitif venant de la psyché retentira sur le fonctionnement somatique du sujet, suivant les traces contenues **dans la mémoire dont est doté le fonctionnement automatique du corps**. Nous sommes tous capables, aux moments où nos défenses habituelles devant la détresse psychique nous font défaut, de << somatiser >> notre douleur mentale " (p 82).

Selon cette approche psychanalytique du psychosoma, un potentiel dysfonctionnement corporel serait l'expression d'une souffrance psychique, dont les tensions trouveraient décharge sur le lieu corporel au moment où le recours

aux procédés défensifs ne serait plus envisageable. Dans cette perspective, chacun de nous pourrait devenir " somatisant ".

En 1985, A. ANDREOLI démontrait l'intrication de l'expérience du corps avec celle de la mémoire. Il est un circuit corporel de la trace, faisant du souvenir une expérience.

" Le souvenir est une représentation, une mise en scène de la trace à laquelle l'expressivité émotionnelle du corps confère un mouvement, une couleur, une vie qui permet à celle-ci de nous surprendre " (p 836).

L'auteur nous plonge au coeur même de l'articulation profonde du corps à la mémoire " Il existe des souvenirs qui ne sont rien de plus que l'écho intérieur d'une sensation: ils sont souvent les plus prégnants. D'autres souvenirs ont affaire à la fonction: c'est la mémoire d'un geste, d'une posture, d'une habitude qui nous est chère, d'un don ou d'une difficulté qui nous est propre. Une intonation de la voix, une attitude, un trait de caractère sont aussi des mémoires et leur devenir n'est pas sans relation avec une forme de souvenance que nous retrouvons également dans certains besoins impérieux d'agir et de répéter ainsi des expériences plus anciennes (p 837).

Par cette approche, notre corps deviendrait langage et expression.

Ces propos ne sont pas sans évoquer des situations cliniques dans lesquelles nous avons observé de telles " inscriptions corporelles ".

Nous nous rappelons cette personne, qui, à peine installée sur son siège, tirait inmanquablement la seconde chaise à elle, traduction d'un échange relationnel difficile. Corps de biais, regard détourné de nous, position qui semblait nécessaire à l'élan verbal. Le corps avait à s'installer afin que la parole puisse s'énoncer.

Et cette autre, qui de sa voix fluette, nous saluait du bout des doigts pour s'échapper dans l'embrasure d'une porte, dès l'entretien achevé. Celle-là encore, alors qu'elle exprimait une sorte de " qui-vive " permanent, tressaillait corporellement en même temps que son intonation devenait presque inaudible.

Dans ce même article (1985), A. ANDREOLI nous invite à une vision synthétique, moniste, au sein de laquelle la dualité corps / psyché est contournée. Pour lui, " le souvenir se devrait d'être le garant d'une continuité historique dont le corps serait le support charnel, mais il n'y aurait pas de saisie du souvenir si

celui-ci, ne troublait pas le corps, ni de saisie du corps si celui-ci, perturbant une espèce de saturation de la mémoire, ne faisait pas tressaillir nos pensées par l'émoi d'une redécouverte " (p 837).

Récemment, d'autres, soucieux d'appréhender le sujet dans sa globalité, réaffirment l'importance du rôle tenu par le corps.

Tel est le cas de S. PEYROT (1992) pour qui les " structures musculaires de comportement sont la traduction corporelle des structures psychiques qui nous habitent, le plus souvent à notre insu. Notre posture, résultat de l'équilibre de nos tensions musculaires, est en même temps le résultat de notre histoire affective et émotionnelle inscrite dans les cellules de nos tissus depuis le début de la vie " (p 30).

G. FRANCOIS (1992), dans la même lignée, considère que " toute souffrance s'inscrit quelque part dans le corps et exige d'être reconnue et exprimée là où ça fait mal " (p 31).

Plus dernièrement encore, M-A. DESCAMPS (1993), interviewé, posait ce qui, selon lui, apparaissait comme le problème essentiel: " le corps dispose-t-il par lui-même de forces thérapeutiques ou bien seule la prise de conscience par l'esprit (ou le langage) joue-t-elle un rôle? " (p 14).

Quelques lignes plus loin, il répondait: " le corps est la mémoire de tout et porte inscrit en lui les traces de tous nos traumatismes, de nos complexes et névroses - l'esprit sculpte littéralement le corps " (p 14). Cela pourrait-il sous-entendre qu'à trop sculpter le corps, l'esprit en viendrait à l'oublier dans sa dimension mnésique et émotionnelle, voire thérapeutique?

Cette dimension thérapeutique semble pourtant d'actualité avec l'ouvrage d'A. DELOURME (Avril 1997), dans lequel l'auteur rappelle **l'importance de la prise en compte du soma** par le psychothérapeute:

" le psychothérapeute peut en effet, s'il se veut **agent de changement** et pas seulement auteur d'analyses, **se montrer disponible physiquement** et affectivement aussi bien que psychiquement s'investir dans l'échange en faisant en sorte que son implication et sa force communicationnelle viennent stimuler celles de son patient " (1997, p 69).

En cela, A. DELOURME rétablit un aspect particulier de la relation, en autorisant **un contact corporel** dans la mesure où " **il peut aider le travail psychique** " (1997, p116).

Dans cette visée, le toucher s'inscrit dans une perspective winnicottienne, étant considéré comme une des étapes archaïques de la relation et évoquant des notions telles le handling et holding. Ainsi " ces contacts participent donc à la personnalisation " (1997, p127).

Notre approche maintenant précisée, il nous faut désormais nous interroger sur la place que le courant psychanalytique et la psychothérapie ont réservé au corps dans la cure, et plus particulièrement dans le traitement de l'anorexie mentale.

0.13) Réédification contemporaine du corps chez l'anorexique.

Dans l'avant propos de la quatrième édition de " La faim et le corps " (1988), Evelyne KESTEMBERG souhaitait préciser quelques points, ceux là mêmes " qui devraient aujourd'hui présenter quelque intérêt " (p 3).

En premier lieu, le corps est avancé dans le souci, nous semble t-il, de le réhabiliter car " il avait été ces dernières années surnoisement et savamment éloigné , ou pour mieux dire effacé puisqu' << il allait sans dire >> " (p 3).

<< Il allait (tellement) sans dire >> que nous allions presque oublier qu'il est la constitution même de l'être et participe à la continuité du sentiment d'identité.

La première et fondamentale objectivation de l'être est dans cette image réflexive que le sujet rencontre au travers de l'expérience du miroir. Expérience unificatrice, elle est formatrice du " Je " symbolique.

F. DOLTO (1984) insiste sur cette expérience du miroir, qu'elle considère constitutive de l'image inconsciente du corps et de son individuation.

E. KESTEMBERG, s'appuyant sur la pensée freudienne, rappelle " que le corps est le point d'ancrage obligé du travail psychique dès la naissance et tout au long du remaniement intellectuel et corporel de la vie " (p 4). Et parmi les moments critiques rencontrés par le sujet, l'adolescence est en question.

L'élaboration de l'auteur s'achève en soumettant au lecteur la possibilité de substituer à l'intitulé " la faim et le corps " celui " d'un corps sans fin " (p 8), nous sensibilisant par la même aux limites corporelles, en déplaçant notre intérêt, historiquement longtemps porté sur les conduites alimentaires et l'état de satiété.

En effet, il ne s'agirait pas de se méprendre en confondant une bouche qui ne sait pas ou plus manger avec une bouche qui ne peut accueillir. Cet orifice se pose avant tout comme étape intermédiaire, par laquelle l'aliment transite du dehors vers le dedans, sans possibilité pour le sujet de se représenter ce qu'il en adviendra, comme de mesurer l'effet que cette ingestion produira dans le corps et par extension à la surface de ce corps, enveloppe corporelle externe.

Autrement dit, " se limiter à se battre avec le << concrétisme >> de la nourriture, c'est méconnaître les mécanismes du psychisme humain. Néanmoins, l'intervenant doit travailler sur les deux niveaux. Une intervention structurale peut être indiquée au niveau symptomatique, tout en répétant que faire manger est plus facile que de découvrir les bonnes raisons du refus de nourriture " (p 418), (E. TILMANS - OSTYN, 1995).

Précisons ce que l'auteur entend par " intervention structurale ". Celle-ci s'opère en accord avec les parents afin de décider du minimum de nourriture que la jeune fille doit manger.

Cette intervention, à laquelle les parents participent, s'adresse directement au comportement alimentaire symptomatique.

L'adhésion parentale recherchée tend à " les remettre dans leur rôle d'autorité parentale (et) constitue un signe simple et fort que eux, comme parents formant une entité cohérente, veulent conserver la santé de leur fille dans un corps qui peut grandir et se développer en corps de femme " (p 418).

P. JEAMMET (1993) estime que l'ensemble des travaux menés sur ces vingt dernières années se sont centrés sur la conduite elle-même plutôt que sur son sens et sur la personnalité du sujet.

Nous le rejoignons dans sa compréhension, à savoir que cette conduite " souvent spectaculaire, a de quoi retenir l'attention et se prête bien à une approche purement symptomatique de par son caractère envahissant et ses conséquences somatiques " (p 236).

Hilde BRUCH (1990) parle plutôt de l'intimidation de l'analyste. " Une telle intimidation peut être le résultat de la situation physique potentiellement suicidaire de la malade ou de son refus catégorique de reconnaître qu'elle a un problème ou qu'elle peut y remédier " (p 65).

Dans son ouvrage, elle nous démontre combien l'intrication du soma avec la psyché est fondamentale. L'engagement dans un travail de compréhension et d'analyse des mécanismes inconscients sous-tendant la conduite anorexique réside dans le fait de " faire comprendre à la malade qu'une sévère sous-alimentation contrecarre son fonctionnement psychique et, par conséquent, amoindrit les bienfaits de la psychothérapie " (1990, p 67).

Ainsi nous semble-t-elle inviter l'anorexique à reconsidérer sa position outrancièrement intellectualisée, selon laquelle le mépris du corps, plus tard son abandon, permet l'élévation de l'âme et du psychisme. Elle nous dévoile l'impasse dans laquelle l'anorexique se trouve, et effrite le sentiment tout puissant, selon lequel la qualité de la pensée ne saurait être reliée au fonctionnement harmonieux du corps.

Malgré l'effort constant de l'anorexique à dénier son corps, dans la réalité, celui-ci se révèle aux fondements de l'authentique équilibre de la personnalité du sujet. Psyché et soma seraient en perpétuelle liaison et non en dualité. Bien davantage encore, nous l'estimons, avec E. KESTEMBERG, à l'origine du fonctionnement psychique.

Pour LAWRENCE (1983), l'anorexique actualise le dualisme du corps et de l'esprit, en cherchant à libérer le second du premier.

Pourtant, le corps reste, malgré tout, toujours présent. " Anorexiques et boulimiques le savent, le sentent et l'utilisent comme matériau de leur étrange conduite " (p 140), (GUILLEMOT, LAXENAIRE, 1993).

RAGOT (1989) un peu plus tôt concluait quant à lui son article en considérant que " l'anorexie semble être un langage du corps " (p 69).

Mais , quelle langue parle l'anorexique?

Celle de l'hystérique, avec laquelle elle fût d'antan confondue et qui parle avec son corps, devenu instrument privilégié d'une forme de discours; ou bien celle du

patient psychosomatique duquel elle fût rapprochée par E. KESTEMBERG (1988), qui dans son avant propos, envisageait la possibilité d'établir une relation de proximité entre l'anorexique et le patient psychosomatique, souffrant lui dans son corps devenu victime ?

Aucune de ces deux modalités ne semblerait pouvoir s'appliquer au fonctionnement de l'anorexique qui rejette son corps aussi loin que possible et qui dénie toute perception intrinsèque de la sensation de faim et d'une quelconque souffrance. Son corps se doit de ne rien exprimer, ni à elle-même qu'il s'agisse de faim ou de douleur, ni à l'autre. Alors même que quiconque ne reste imperméable à sa présentation, l'anorexique semble dans " l'ignorance " d'un corps qui parle; ou plutôt qui parlerait à l'autre.

Malgré tout, des analogies, avec le fonctionnement hystérique et/ou psychosomatique, restent possibles. Nous nous proposons de les exposer ultérieurement dans une perspective différentielle traduisant notre souci de circonscrire la qualité de l'investissement corporel chez l'anorexique et le sens qu'il pourrait renfermer.

La subjectivation pourrait-elle être évoquée?

Mary Carmen RODRIGUEZ - RENDO (1984) relate au décours de son article " il était une fois un corps " quelques extraits d'une analyse individuelle menée auprès d'une jeune femme portant trois marques de son passé: son obésité, son visage (joli, tendre, enfantin) et sa béquille.

De cette illustration clinique, qui en fait ne concerne pas vraiment notre propos, nous gardons toutefois à l'esprit cette possible traduction en mots afin que le corps puisse enfin trouver repos; comme s'il devenait pour nous question de soutenir le discours de l'anorexique afin qu'elle puisse se découvrir sujet de son énonciation dans une dialectique corporelle.

MACLEOD (1981) considère que traiter de l'anorexie, c'est traiter de la métaphore. Bien que son langage emprunte des chemins détournés, l'anorexique tente de nous dire quelque chose de spécifique la concernant.

De quelle manière l'écouter?

" Pour y arriver, il faut comme toujours commencer par parler le langage qu'elles nous parlent et non pas celui que nous souhaiterions leur voir adopter. C'est ainsi

que si elles nous parlent un langage comportemental, on ne peut pas nous, d'emblée, leur répondre en langage fantasmatique, car ce serait les traiter en hystériques ou en phobiques qui nous parleraient de leurs angoisses et des fantasmes qui leur sont liés et non en personnalités qui ont eu besoin de cette mise en acte pour pouvoir s'exprimer " (Ph JEAMMET, 1993, p 244).

Ph JEAMMET nous semble mesurer le décalage, habituel à toute rencontre de la psychanalyse avec l'anorexique, où durant la cure, seul le corps parlé et fantasmé est valorisé.

Seulement, avant que le corps puisse être parlé, fantasmé, érotisé aussi, il est avant tout un corps à habiter et à explorer dans ses limites réelles, configurant le temps de la différenciation physique et psychique entre soi et l'autre.

Ainsi, l'anorexie mentale nous apparaît réaliser un véritable compromis entre une approche psychosomatique du fait de l'inscription corporelle du symptôme sans pour autant tomber dans l'écueil d'une compréhension en référence au modèle médical, et une interprétation psychanalytique en raison du choix et sens que revêt le symptôme. Le rapport à la nourriture n'est-il pas dès la naissance utilisé comme métaphore des processus psychiques et interrelationnels?

Le conflit interne trouverait chez l'anorexique son expression dans une conduite alimentaire déviante, mise au service du corps. En cela, *le corps* et non pas le comportement alimentaire, deviendrait le reflet d'une élaboration mentale défaillante.

Tenant d'apporter quelques éléments de réponse à nos interrogations successives, clarifiant progressivement ces concepts, notre recherche bibliographique nous permis de mesurer l'ampleur des travaux contemporains cliniques et théoriques s'étant penchés sur la question des conduites alimentaires et leurs caractères parfois contradictoires. Ce dernier point constitue la seconde raison de notre sensibilisation à cette affection.

0.2) Le caractère édifiant des données épidémiologiques.

La clinique des perturbations des conduites alimentaires s'est beaucoup enrichie ces dernières décades. Les études et recherches épidémiologiques se sont

multipliées, et les données empiriques obtenues vont confirmer l'idée selon laquelle les troubles alimentaires seraient en hausse sensible, du moins dans les pays occidentalisés.

Les auteurs ont ainsi tenté de définir des facteurs ou isolés ou conjugués, susceptibles de favoriser, de près ou de loin, l'éclosion d'un tel trouble.

En France, nous n'avons pu, à l'heure de notre recensement, répertorier des enquêtes spécifiques à l'anorexie mentale, qu'il s'agisse d'enquête hospitalière, ou encore d'enquête menée auprès de la population générale; comme le suggéraient déjà les conclusions d'HARDY et de DANTCHEV en 1989.

Par contre, dans d'autre pays, où le recueil des données hospitalières permet de réaliser des estimations, la majorité d'entre elles suggère une augmentation de la fréquence du trouble.

Pour n'en citer que quelques-unes, en Suède, THEANDER, en 1970, conclut à une franche augmentation de l'affection entre 1950 (0,24% cas pour 100 000 habitants) et 1960 (0,45%). D'autres études corroborent ces résultats (KENDEL, 1973; JONES, 1980; GROSMANN, 1983): la progression de l'anorexie mentale serait donc une réalité.

En Tchécoslovaquie, dans les années 1950 et 1960, l'anorexie mentale atteignait un taux de 0,4% pour 100 000 habitants. D'après F.D. KRCH, " Dans les années 1970 et 1980, on passait déjà à 4-5 malades pour 100 000 habitants " (1991, p 311).

D'après BUTTON et WHITEHOUSE (1981) ainsi que SZMUKLER (1985), 5% de la population générale présenterait des perturbations alimentaires, et chez cinq autres pour cent des sujets, nous pourrions repérer quelques traits du tableau anorexique.

Hilde BRUCH, en 1979, qualifiait déjà ce phénomène d' " **épidémie** ". Nous la citons: " Maintenant, c'est une maladie si courante qu'elle constitue un véritable problème dans les lycées et les universités. On pourrait parler d'épidémie, mais il n'y a pas d'agent de contamination; la propagation doit en être attribuée à des facteurs psychologiques " (p 6).

Plus récemment, recensant quelques études épidémiologiques, GUILLEMOT et LAXENAIRE (1993) recourent au même terme : " L'épidémie est donc bien réelle

en occident, surtout dans les sous-populations caractérisées par leurs facteurs de risque vis à vis de ces troubles (p 27) ".

Ces conclusions tendent donc à démontrer que la répartition de l'affection ne répond pas aux lois du hasard, mais que la fréquence se distribuerait, du moins partiellement, en fonction d'un contexte socioculturel.

0.2.1) Quels sont les groupes à risques?

Le contexte classique d'apparition de la conduite anorexique est remarquable par sa constance. L'ensemble des auteurs s'accorde à relever des critères invariants, répertoriés en fonction de l'âge, du sexe, des origines sociales et culturelles; critères que nous nous proposons d'examiner.

0.2.11) L'Âge.

HALMI et COLL (1979, 1981) ont étudié l'âge de survenue. Ils distinguent deux pics d'apparition, l'un à quatorze ans et demi, l'autre à dix huit ans; périodes qu'ils estiment correspondre aux temps de vie où la dépendance à l'égard du système familial est la plus importante.

Les études ultérieures ne confirmeront pas ces précédentes conclusions.

HARDY et DANTCHEV (1989) évaluent l'âge moyen d'apparition du trouble entre seize et dix sept ans.

Enfin, dans une fiche synthétique, Marie Christine LABARTHE (1995) réactualise les données d'HALMI (1981), estimant leur survenue autour de la quatorzième ou dix-huitième année.

S'il est à noter que les auteurs ne s'accordent pas avec exactitude sur la fréquence et l'âge de survenue du trouble, ils repèrent néanmoins l'apparition élective de ce trouble durant **l'adolescence**.

LUCAS (1991), interrogeant les données recueillies entre 1935 et 1984, rapporte la prédominance de l'anorexie mentale chez les quinze - vingt quatre ans (avec une fréquence accrue pour les formes modérées), tandis que l'apparition de l'affection apparaît plus stable après vingt cinq ans. L'incidence annuelle serait de 8,2 pour 100 000.

Plus récemment encore G. FIDELLE et Coll (1997) réaffirment cette tranche d'âge: " l'anorexie mentale touche essentiellement des adolescentes, âgées de quinze à vingt quatre ans en moyenne " (p 241, 1997).

Quant au DSM III R, il met en évidence la tranche d'âge des douze - dix huit ans, rapportant la fréquence d'une jeune fille pour deux cent cinquante.

En conclusion, les troubles du comportement alimentaire représentent un problème clinique conséquent chez les adolescents et jeunes adultes. Pour M.C LABARTHE, (1995), 1% des adolescents est concerné par l'anorexie.

D'après M. CORCOS (1994), l'incidence de la maladie serait de 1 à 2% dans la population générale des adolescentes, mais " on ne peut pas affirmer que le risque morbide ait changé, puisque, dans le même temps, la population à risque a constamment augmenté " (p 3).

En mai 1997, selon le travail mené par G. FIDELLE et Coll: " la plupart des études affirment une prévalence de l'ordre de 1 à 4% des adolescentes et jeunes femmes " (p 241, 1997).

0.2.12) Le Sexe.

L'ensemble des enquêtes illustre la prédominance des représentants féminins. Les propos de HARDY P. et DANCHEV N. sont explicites:

" On le sait, la prépondérance féminine dans l'anorexie mentale a toujours été écrasante: de 90 à 97% selon les études. Aucun élément ne permet de penser que cette répartition aurait actuellement tendance à se modifier " (p 139, 1989).

LUCAS et COLL (1991), pour lesquels l'incidence annuelle globale était de 8,2 pour 100 000, relèvent la prédominance nette de l'apparition chez les filles, (14,6 pour 1,8 chez les garçons).

D'après GUILLEMOT et LAXENAIRE (1993), "Le sex ratio est toujours très nettement <<en faveur>> des jeunes: la proportion d'anorexies mentales masculines est estimée entre trois et dix pour cent selon les auteurs et semble en progression " (p 28).

Malgré tout, *le profil clinique typique se précise*: il s'agit de jeunes filles entre douze et vingt quatre ans.

B. BRUSSET (1995) confirme cette variable en affirmant que " la prédominance féminine est considérable (90 à 95%) ", (p 170). POMMEREAU rejoint ce dernier en estimant que: " ces perturbations concernent essentiellement les adolescents de sexe féminin, dans un rapport de dix filles pour un garçon " (p 77, 1997).Une telle fréquence démontrée fera par la suite l'objet d'une réflexion sur les spécificités de la puberté féminine.

0.2.13) Le milieu social.

Cet autre critère semblerait également être important. L'affection apparaîtrait essentiellement chez les classes sociales moyennes supérieures et élevées.

Dés 1975, Hilde BRUCH nous invite à remarquer que la survenue du trouble se révèle dans les milieux aisés et culturellement évolués.

GARNER et GARFINKEL (1980), CONSOLI et JEAMMET (1984), GARFINKEL et GOLDBLOOM (1987), BUTTLER (1988) décèlent des critères similaires: il s'agit donc de jeunes femmes, entre douze et vingt cinq ans appartenant à des classes socio-économiques moyennes ou supérieures et qui de par leur profession connaissent une véritable incitation à la minceur (danseuses, modèles ...).

HERZOG (1985) précise que ces dernières connaîtraient une forte incitation pour une réussite socio-professionnelle.

0.2.14) Le contexte socioculturel.

Egalement à ce niveau, les conclusions convergent:

" En effet, les études montrent que la répartition des cas dans la population ne se fait pas au hasard, loin de là, puisque cette pathologie survient quasi exclusivement dans les sociétés occidentales riches et industrialisées (p 45)" (A. GUILLEMOT., M. LAXENAIRE, 1995).

Selon ces mêmes auteurs, la fréquence du trouble apparaîtrait également dans les populations dont le mode de vie se serait occidentalisé. Tel serait le cas, par exemple, du Japon.

Contemporaine de l'occidentalisation, la recrudescence de l'affection dans ce pays a été démontrée par SUEMATSU H. et Coll (1985).

Ces pays occidentaux ou occidentalisés tendent, par l'intermédiaire des mass médias à faire prévaloir l'idéal de minceur. Nous devenons témoin de l'apologie réservée au corps féminin filiforme.

A ce propos, GARNER (1980) s'intéresse à l'évolution des critères esthétiques des femmes posant pour Playboy et des candidates prétendant au titre de "Miss América". Il conclut à une franche diminution de la masse corporelle au cours des dernières décennies.

Le culte du corps est repérable à divers autres niveaux. Les magazines féminins consacrent au minimum un chapitre aux régimes alimentaires. Les mannequins ont perdu leurs formes. Les restaurateurs promotionnent une cuisine nouvelle et diététique. Les activités sportives sculpturales se développent. Le body bulding encourage ses adeptes à s'approcher d'une image esthétique socialement convoitée. Il s'agit là d'un véritable "modeling corporel".

L'être humain, et surtout la femme, ne pourrait donc éviter la rencontre avec ces représentations stéréotypées. Bien davantage encore, il lui faudrait y adhérer pour peu qu'elle aspire à être reconnue en tant que femme contemporaine, moderne et séduisante.

Aujourd'hui le devenir féminin se formulerait-il au travers de l'obligation "de rester jeune et belle", soit dynamique et désirable?

De telles exigences nous apparaissent d'autant plus solidement ancrées qu'elles s'enracinent très profondément dans les représentations archétypiques. A tous temps, nous retrouvons cette préoccupation constante de l'être humain concernant son inscription dans l'âge de ses pairs, dans un souci "d'ajouter des jours à la vie et de la vie aux jours".

Le mythe de l'éternelle jeunesse et la Fontaine de Jouvence préexistaient déjà à notre époque. Seulement notre siècle offre aujourd'hui l'illusion de tronquer les données temporelles.

L'esthétique est en grande révolution, autant dans le domaine médical que pharmacologique. Les techniques chirurgicales sophistiquées, de la liposuccion au

lifting, des crèmes amincissantes à celles luttant contre l'apparition des rides, représentent un marché économique considérable.

L'équivalence minceur = jeunesse = beauté = réussite sociale devient aisée à réaliser, mais parfois si lourde à porter.

Au souci de repousser les frontières inéluctables du temps et de la vieillesse se surajoutent des critères socioprofessionnels.

BECK (1976) démontre que l'aspiration à la minceur est d'autant plus exacerbée chez les jeunes qui présentent un bon niveau d'études et une grande ambition professionnelle.

SILVERSTEIN (1986) objective la corrélation entre l'augmentation des jeunes dans la population active et l'exigence croissante de "normes" de mensurations plus basses. Il conclut que plus la femme se trouve concernée par l'opinion d'autrui sur ses capacités intellectuelles, plus ses formes s'amenuisent.

D'ailleurs, il apparaît que les aptitudes intellectuelles des anorexiques soient considérées comme supérieures. DALLY et GOMEZ (1979) mesurent un quotient intellectuel de 120 pour plus de 75% de jeunes anorexiques. LUCAS (1983) est plus réservé mais définit tout de même un quotient intellectuel de 108 parmi les 114 anorexiques évalués.

Sans toutefois contester ces mesures, objectivées en situation de test, nous souhaitons évoquer une certaine concordance entre la mesure des aptitudes intellectuelles et le fonctionnement psychique de ces sujets.

D'une part, l'anorexique présente, défensivement, un surinvestissement intellectuel, qu'elle tend plus ou moins consciemment à favoriser et à valoriser, essentiellement au travers de l'accomplissement de tâches scolaires ou professionnelles.

D'autre part, cette hyperactivité intellectuelle se révèle, sur le plan qualitatif, dépourvue d'originalité, laquelle serait de l'ordre d'une pensée créative associant une dimension émotionnelle, affective évidente.

A un niveau social, GARNER (1985) interprète ces incitations culturelles à l'amincissement comme un éloge des conduites anorexiques. En ce sens, les qualités intrinsèques subjectivement attribuées à l'anorexique, y compris des

aptitudes intellectuelles supérieures, auraient probablement contribué à faire de ce trouble un modèle pour certaines.

" On peut dire que notre culture favorise l'obsession de la minceur, la crainte phobique de grossir, le déplacement de l'idéal du Moi sur le corps, la volonté de maîtrise de celui-ci, toutes caractéristiques des patientes sujettes à des troubles de conduites alimentaires (p 46) " (GUILLEMOT, LAXENAIRE, 1995.).

Ainsi des similitudes troublantes se dévoilent entre le culte de la minceur socialement adopté et l'anorexie mentale. Les données épidémiologiques semblent accréditer un rôle au moins partiel au contexte socioculturel dans la genèse des perturbations des conduites alimentaires.

Cependant, ce facteur ne suffit pas à rendre compte du processus par lequel le rapport d'un sujet à la nourriture est détourné de son objectif princeps. De plus, nous tenons à rappeler qu'une telle entité clinique préexistait à la survenue, somme toute récente, de l'élation de la minceur.

Les travaux de LASEGUE (1873) sur " l'anorexie hystérique " et de GULL (1874) sur " l'anorexie nerveuse " sont reconnus pour avoir fait entrer l'anorexie mentale dans le champ de la clinique psychiatrique, bien que ces descriptions d'époque interrogent la pertinence du diagnostic face à l'expression actuelle de cette pathologie.

Aucun de ces précurseurs ne mentionne la recherche frénétique de la minceur, et en écho la hantise de grossir.

Précisons également que le stéréotype culturel valorisé à l'époque était inverse: l'embonpoint était le juste reflet de la réussite sociale.

En conclusion, c'est sans réserve que nous adoptons l'approche actuelle de B. BRUSSET (1995) selon lequel "la valorisation sociale de la minceur peut sinon induire du moins renforcer et surtout banaliser, justifier et rationaliser la conduite de restriction alimentaire. Il en résulte que celle-ci peut passer pendant longtemps inaperçue dans le déni du pathologique, par elle-même et par son entourage" (p 174).

Ainsi, évoquer un déterminisme culturel n'a en soi qu'une valeur partielle dans la mesure où nous considérons que si ce facteur participe actuellement à une

recrudescence de l'affectation, il ne modifie en rien sa sémiologie introduite au 19^{ème} siècle par LASEGUE et GULL (1874).

Bien davantage, B. BRUSSET (1991, 1993) nous met en garde contre l'attitude défensive consistant à tomber dans l'écueil d'une rationalisation par le culturel, justification d'ailleurs à laquelle tantôt l'anorexique peut elle-même recourir.

0.2.2) Le taux de mortalité.

Le devenir de l'anorexie mentale évolue parfois vers la mort. Selon HARDY P. et DANTCHEV N., cette évolution serait " de l'ordre de 5% des cas si on fait la moyenne des différentes études, avec des écarts allant de 0 à 25% " (p 141, 1989).

En France, JEAMMET Ph. (1984, 1991) porte le risque de mortalité à 7%. Ce chiffre paraît correspondre à ceux obtenus par des études étrangères. Plus récemment l'auteur (Mai 1994) évalue la menace de mort à 10%.

JEAMMET estime à 50% des cas que le décès serait consécutif à la dénutrition.

Selon HERZOG et COLL (1988), les autres causes du décès sont les suivantes

- infection pulmonaire (6%)
- suicide (24%)
- maladie ou accident (6%)
- inconnu (15%)

D'après THEANDER (1985), ayant mené une étude longitudinale sur près de cinquante ans, le taux de mortalité augmenterait de façon significative par rapport à l'augmentation naturelle liée à l'âge. Avec un recul de trente trois ans, il révèle un taux de 18%.

Ces données sont fort inquiétantes et insistent sur la gravité de l'affection alors même que nous avons montré qu'elle survenait à l'adolescence.

AGMAN et COLL (1994) nous invitent à en prendre conscience, estimant que

" les études longitudinales sur le devenir de l'anorexie font ressortir la gravité potentielle d'une affection qui doit toujours être prise au sérieux. ... Due aux effets de la dénutrition, elle (la mort) concerne environ 7% des cas, ce qui est considérable pour un trouble psychique de l'adolescence " (p 7). D'après

POMMEREAU (1997), le taux de morbidité serait légèrement inférieur " puisque 5% des anorexiques meurent des privations qu'elles se sont infligées " (77, 1997). **Cette gravité potentielle de l'affection** constitue une autre raison de notre centration sur cette problématique comme objet de notre thèse.

0.3) Essai de synthèse.

Cette revue bibliographique traduit la pression sociale exercée à l'encontre des formes corporelles afin qu'elles s'approchent au plus près d'un idéal féminin en faveur de la minceur.

De plus en plus précocement, enfants et adultes intériorisent ce modèle esthétique, soutenu par une << presse de la forme >> (MAILLET, 1995).

Le corps devient ce qu'il incorpore et le sujet devient ce qu'est son corps.

Nous avons de plus, pu entrevoir qu'au fil des décennies les critères socioculturels se sont prononcés pour un " **amincissement** " corporel.

Nous avons également démontré l'augmentation de cette pathologie, à laquelle semble donc participer notre origine culturelle.

Pourtant, tandis que nous convenons que les adolescentes et les femmes tentent de se conformer à ce modèle, en nourrissant un tel absolu, il nous paraît réducteur voire naïf d'incriminer l'image esthétique en vogue, en l'inscrivant comme facteur prépondérant, responsable du développement des perturbations des conduites alimentaires.

Bien plutôt rejoignons-nous la position d'auteurs tels RAIMBAULT et ELIACHEFF (1989) selon lesquels, les anorexiques utilisent les valeurs dont elles disposent, dans la société où elles vivent.

De tous temps, l'anorexique a participé aux représentations collectives féminines, dans sa tentative illusoire de "se fondre" dans la masse, et peut être également dans sa quête active mais inadaptée d'affirmer sa singularité, en cherchant à colmater des failles identitaires anciennes.

Dans cette perspective, l'objectivation de l'escalade de ces dites perturbations ainsi que de l'augmentation du taux de mortalité chez cette population nous apparaît compréhensible.

Si l'anorexique est sensible aux représentations collectives, nous pouvons supposer qu'elle dépassera, comme d'antan, les frontières "normalisées", circonscrivant un poids acceptable.

Alors que les mass médias véhiculent l'image d'un corps gommé de ses formes; là où garçons et filles sont en mesure d'être, au moins en apparence, un seul et même; l'anorexique met ainsi davantage ses jours en danger. Autrement dit, la blonde plantureuse, dans ses courbes voluptueuses, protégeait d'autant plus l'anorexique que le seuil pondéral socialement reconnu et valorisé était plus élevé.

Toutefois, il ne faudrait pas être dupe: l'enjeu, en terme d'emprise sur son corps propre, s'actualisait déjà, l'éloignant inexorablement de son enveloppe corporelle ... et d'elle même.

De même, interprétons-nous le décalage effectif mesuré entre les définitions de LASEGUE et GULL au 19^{ème} siècle et celles qui, aujourd'hui mettent en avant la distorsion du rapport au corps.

Maintenant si certains auteurs, tels BRUCH (1990) ou LAXENAIRE (1993), traduisent la recrudescence de cette affection comme le signe d'une véritable épidémie; pour notre part, nous estimons qu'elle exprime avant tout une préoccupation contemporaine, soit celle d'une centration malade sur le corps à laquelle l'anorexique ne peut être insensible.

En vérité, cette revue compulsée ne nous apporte guère d'éléments nouveaux mais réactualise avant tout la description d'une population à risque, et pour laquelle la symptomatologie émerge à l'adolescence.

Comment l'adolescent peut-il vivre cette réalité culturelle?

Lui qui justement connaît une grande période de bouleversements et qui, transitoirement, a besoin de pouvoir recourir à un environnement stable et structurant, afin de le soutenir et de le sécuriser dans la quête de son identité.

Nous connaissons l'intensité des préoccupations corporelles de cette période. Qui n'a pas côtoyé un(e) de ces adolescent(e)s, mis à mal par son acné juvénile ou sa morphologie mutante, ou encore engagé dans un régime alimentaire?

Les changements corporels de la puberté suscitent une grande curiosité, parfois empreinte d'angoisse ou d'anxiété, et à fortiori particulièrement pour les filles.

D'après S.F. ABRAHAM (1983) ou S. LEDOUX (1991), cet intérêt nouveau se traduit par une surveillance pondérale, des tentatives de régimes alimentaires plus ou moins sévères et répétitifs, par un sentiment global d'être trop gros ou trop maigre.

S. LEDOUX et COLL (1993) estiment que beaucoup d'adolescents entre douze et dix neuf ans sont "plutôt insatisfaits de leur corps et de leur poids (ainsi 37% des filles s'estiment trop grosses et 57% souhaitent maigrir)" (p 535).

Cette insatisfaction est réaffirmée par M. ASKEVIS (1995) pour qui " 21% des adolescents s'estiment trop gros, 11% trop maigres; 42% veulent maigrir, 14% veulent grossir, 9% font souvent un régime " (p 118).

Autrement dit, les auteurs nous amènent à la conclusion que la centration importante pour le corps et le poids n'est pas spécifique aux adolescents présentant des perturbations alimentaires, mais s'inscrirait dans le processus normal du développement.

Néanmoins, pour certains d'entre eux, la tentative de s'approcher d'une image du corps idéal deviendra excessive et engendrera ou potentialisera une relation au corps perturbée.

Des préoccupations plus marquées telles que les obsessions pour le poids, la nourriture, une image du corps négative semblent davantage affecter les adolescents présentant des conduites alimentaires perturbées (DACEY et COLL., 1991; BUNNEL et COLL., 1992; LEDOUX et COLL., 1993).

B. BRUSSET (1995) l'exprime fort justement lorsqu'il précise que si la quête anorectique de la maigreur fascine le sujet, elle ne suffit jamais à l'anorexique tandis qu'elle ne perdure pas pour les autres adolescentes.

" Ce qui prouve que ce n'est pas n'importe quelle adolescente et pas n'importe quel malaise ou conflit de l'adolescence qui prend cette tournure " (1995, p 176).

En effet, il est tout à fait frappant de remarquer que d'une part la conduite symptomatique émerge bien souvent à l'adolescence; et que d'autre part, lorsqu'elle apparaît à une autre période, elle reste malgré tout énoncée et reliée au temps pubertaire. Selon Ph JEAMMET (Mai 1994), les troubles " débutent à l'adolescence ou dans l'immédiate post-adolescence " (p 10).

Son émergence se retrouve avec une constance surprenante, qui traverse les siècles et les frontières. C'est celle d'une jeune fille de douze à vingt cinq ans qui présente la triade symptomatique suivante: amaigrissement - anorexie - aménorrhée.

Parfois, l'anorexie se rencontre à un temps prépubertaire ou encore débute après l'adolescence.

La première apparaît durant la phase de latence, entre neuf et onze ans. La seconde dans sa forme tardive, sous-tend le dépassement de l'adolescence.

Pour l'expression des formes tardives, " il est bien rare en fait, qu'il n'y ait pas eu un épisode discret, souvent méconnu, au moment de l'adolescence " (p 5), (AGMAN et COLL., 1994).

Mais généralement, " cette impasse intervient à divers moments de l'adolescence. Elle peut intervenir à la fin de l'enfance, avant que n'apparaissent les signes du développement pubertaire, elle se produit plus habituellement dans la période pubertaire avec le début des changements corporels " (p 77), (H. BRUCH., 1979).

Nous ne pouvons que repérer cette mise en relation faite par l'auteur entre l'événement pubertaire et les changements corporels, ces derniers déterminant l'entrée dans le processus adolescent.

Ceci nous amène à nous interroger sur la manière dont l'adolescent pourra négocier ou non cette phase intermédiaire durant laquelle nombre de modifications physiologiques et physiques vont s'opérer. Comment ce pubère pourra ou non progressivement intégrer cette image corporelle naissante, dans la nécessité d'en redéfinir les contours et limites et d'en assumer la dimension sexuée.

Laisser dès maintenant s'exprimer notre libre pensée au travers de ces questionnements - qui en soi représentent les prémisses de notre problématique - résulte d'un choix volontaire, motivé par notre désir de rapporter au lecteur avec

fidélité les ébauches et tâtonnements aux origines constitutives de notre élaboration.

Il nous importe de mentionner que ce processus est avant tout, pour nous, un **processus physiologique**, face auquel, du moins sur le plan somatique, le sujet dans un développement psychoaffectif normal, ne peut échapper. Egalement, il nous apparaît évident que soma et psyché sont en perpétuelle liaison, interférant l'un et l'autre, ou l'un sur l'autre.

En cela, l'hypothèse soutenue par C. DEJOURS nous permet de contourner cette dualité dans laquelle nous étions situées. Selon son corrélat, " les maladies mentales seraient toujours en même temps des maladies du corps, et les maladies du corps seraient toujours en même temps des maladies mentales. Ou si l'on préfère une autre formulation: toute maladie serait toujours simultanément et mentale et somatique " (1989, p 116).

Ce choix théorique nous semble s'ajuster à l'approche clinique d' H. BRUCH, qui considère qu' " une partie essentielle de la guérison réside dans un changement d'orientation psychologique, avec une meilleure appréhension de la réalité, une confiance en soi et une indépendance accrues, une capacité à participer à la vie avec un concept du corps et du soi réconciliés " (1990, p 196).

L'évaluation qualitative des facteurs engageant l'anorexique sur la voie de la guérison réserverait une place particulière à la " réconciliation " - selon la terminologie d' H. BRUCH - entre les phénomènes somatiques et psychiques.

Maintenant, si nous reconsidérons le phénomène pubertaire, nous pouvons aussi estimer qu'un tel bouleversement ne peut que modifier l'équilibre homéostatique précédemment établi, et va nécessiter tant un rééquilibrage biologique qu'un réaménagement psychique et une réorganisation des procédés défensifs.

Toutefois, il nous semble que le premier temps de ce bouleversement va *s'actualiser* sur le plan somatique, pour conjointement (voire antérieurement ou secondairement) avoir un retentissement sur le plan psychique.

Au vu de ces divers éléments de réflexions, notre problématique de recherche émerge de la manière suivante: suite à l'impact corporel lié à la puberté que l'anorexique ne pourrait négocier et dépasser, elle développerait un langage spécifique.

Le conflit psychique s'organiserait alors autour d'une réponse délivrée à l'adresse de ce corps mutant, et les processus d'élaboration mentale se trouveraient alors suppléés par une réponse somatique mise en acte dans le réel..

Une telle réponse ou, selon H. BRUCH, "pseudo-solution chez la malade pour pallier les carences d'une maturation bancale pendant l'enfance" (1990, p 198) ne trouve donc pas existence chez quelconque adolescente; mais s'origine dans l'historicité infantile, dont les enjeux, conscients et inconscients, sont spécifiques au processus anorectique.

Son avènement associé à la singularité pubertaire (H. BRUCH, Ph. JEAMMET, B. BRUSSET ...) nous demande de porter un intérêt particulier à l'adolescence et aux modifications corporelles qu'elle renferme, mais avec toute la vigilance nécessaire afin d'éviter que " le contexte de survenue typique de l'adolescence [ait] pu conduire certains auteurs (comme M. et E. LAUFER, 1984) à dissoudre le syndrome d'anorexie mentale dans la problématique plus générale des rapports de l'adolescent avec son corps, et ce sous l'angle de la réactivation du conflit oedipien corrélative des transformations sexuelles pubertaires " (B. BRUSSET, 1995, p 175).

Effectivement, il ne s'agirait pas de tomber dans cet écueil, même si des analogies restent tout à fait envisageables.

Certes, l'anorexique est également une adolescente, bien que nous préférerions la considérer comme *engagée dans le processus pubertaire*.

Seulement, celle-ci présente des conduites alimentaires particulières, qui portent dangereusement atteinte à son corps, voire à sa vie.

Ainsi, notre compréhension du rapport de l'anorexique à son corps ne peut faire l'économie d'une approche psychopathologique, mesurant cette distorsion intrinsèque du sujet pour son corps.

Par contre, la perspective génétique reste un point de repère important dans la mesure où nous considérons que le pubère est confronté, [quelque soit la manière dont il va négocier et/ou dépasser cette phase], à un événement de vie -la puberté- commune à chaque être humain.

En résumé, notre objectif cherche à approfondir un nouvel axe de réflexion autour du symptôme anorexique en privilégiant une hypothèse spécifique, relative à l'existence d'un fantasme matricide.

Toutefois avant d'énoncer et de préciser les raisons qui fondent notre hypothèse théorique il nous paraît important de resituer l'anorexie sur le pan nosographique.

Egalement, nous ne pouvons faire l'économie de présenter les multiples hypothèses explicatives élaborées jusqu'alors et ce, qu'elles soient psychodynamiques ou non.

Ensuite, après avoir tenté d'en démontrer l'insuffisance, nous nous intéresserons particulièrement au rapport entre puberté / investissement du corps et à son impact fantasmatique.

Enfin, nous poserons les fondements de notre hypothèse théorique, puis exposerons notre stratégie méthodologique à laquelle succéderont quelques illustrations cliniques.

CHAPITRE I

NOSOGRAPHIE DE L'ANOREXIE MENTALE :

RAPPEL HISTORIQUE.

1.1) Rappel historique.

Les troubles des conduites alimentaires sont connus et décrits depuis l'antiquité. La littérature ancienne, sur laquelle R.M. BELL (1994) s'est penché, relate quelques illustrations historiques telles celles d'AVICIENNE au XI^{ème} siècle, ou encore de Simone PORTA ou de PEDRO MEXION au XVIII^{ème} siècle.

Classiquement, la littérature médicale attribuée à Richard MORTON en 1694, la première description clinique, appelée à l'époque « phtisie nerveuse ». Ce médecin du XVII^{ème} fut le premier à évoquer les symptômes typiques de l'affection.

Toutefois, il faudra attendre le XIX^{ème} siècle pour que cette affection soit reconnue comme entité clinique distincte, marquée par trois temps.

Au premier temps, son individualisation débute avec les descriptions simultanées en France de LASEGUE (1878) et en Angleterre de GULL (1873). LASEGUE (1878) évoquait déjà la mauvaise estimation des anorexiques quant à leur évolution pondérale. Ces auteurs font à la fois référence à l'hystérie et à un trouble du tractus digestif. Tous deux insistent également sur le rôle de l'entourage familial et la nocivité de leur présence.

CHARCOT (1885) mesurant l'importance de l'attitude familiale défendra la nécessité de la séparation et de l'isolement.

Selon lui, et plus tard avec DEJERINE (1911), l'anorexie mentale est à rattacher à l'hystérie.

Au second temps, SIMMONDS découvre et décrit en 1914 la cachexie hypophysaire. La vague de l'endocrinologie connaît un plein essor. Nous assistons alors au retour en force d'une explication physiopathologique, énonçant une argumentation anatomo-endocrinologique, selon laquelle l'anorexie mentale serait une maladie hypothalamo-hypophysaire. Et pendant les vingt années qui suivirent, les signes repérés par LASEGUE, GULL et d'autres furent ignorés par le corps médical, traitant la majorité des cas de malnutrition, bien que manifestement volontaire, comme de purs troubles endocriniens.

Ce n'est qu'à la fin des années trente qu'une distinction nette s'établit entre l'anorexie mentale et la maladie de SIMMONDS.

Ainsi, au troisième temps, l'anorexie mentale réintègre le champ psychopathologique.

Comme l'affection était entrée dans la nosographie psychiatrique par la voie ouverte par l'hystérie, il faudra alors attendre le déclin de l'intérêt porté à l'hystérie pour que, progressivement, au cours de ce siècle, les conceptions psychopathologiques et psychanalytiques s'appliquent à une compréhension individualisée de l'anorexie mentale.

On considère que le Symposium de GÖTTINGEN, présidé par MEYER et FELDMANN (1965), officialise le tournant des théories psychopathologiques. Durant ce congrès, des conclusions communes sont adoptées:

- l'anorexie mentale a une structure spécifique.
- le conflit essentiel ne se situe pas au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies mais *au niveau du corps*.
- l'affection reflète l'incapacité d'assumer *les transformations corporelles et le rôle génital*, propres à la puberté.

Ces divers points abordés sont, pour nous, d'autant plus importants qu'ils comportent une dimension corporelle évidente: le *corps* est enfin mis en exergue et engagé sur la voie de la réhabilitation.

Aux balbutiements de cette réflexion centrée sur le corps nous citons H. BRUCH (1962) qui présente la normalisation de l'estimation du poids comme une étape indispensable au processus de guérison.

En 1970, elle démontre à la suite du symposium de GODDINGTON la stabilité de la distorsion de la perception du corps.

Toutefois, quand il sera question d'objectiver par une mesure les troubles de l'évaluation pondérale, les recherches présentent des conclusions divergentes.

Dans leur étude, CASPER et Coll (1979) traduisent les troubles de la représentation corporelle en termes de surestimation du poids, sous estimation de la gravité de la dénutrition, incapacité à se comparer à un autre individu et à évaluer la taille correcte.

Leurs conclusions réactualisent celles avancées par RUSSELL et SLADE (1973): les patientes évaluent mal la largeur et l'épaisseur de leur corps.

Mais, ces paramètres, déficitaires en soit, seraient pour d'autres chercheurs, non spécifiques aux anorexiques.

CRISP et KALUCY, en 1974, ayant mené une étude comparative auprès d'une population anorexique et d'une population de femmes dites "normales", infirment la présence d'une différence significative dans la capacité perceptive d'objectiver leur corps.

Selon BIRTCHNELL (1985), les troubles de la perception seraient non spécifiques aux troubles alimentaires.

Face à ces conclusions divergentes, FICHTER et Coll (1986) rendent compte de la complexité à mesurer l' « image du corps », qui pour eux se révèle modérément objectivable et objectivante.

G. BESANCON (1986) souligne la difficulté de définir le corps dont il est question: s'agit-il du corps réel, du corps mentalement représenté ou encore du corps, support du désir ?

Ainsi,, si l'importance du rapport au corps est pressentie, il faudra encore de longues années afin de mieux cerner sa spécificité, et nombre d'efforts afin de définir la ou les significations que la dimension corporelle renferme.

Donc, suite au symposium de GÖTTINGEN, les auteurs vont se pencher sur cette question; mais, engagés sur des voies spécifiques, ils vont développer indépendamment et parallèlement leur propre modèle explicatif.

De nombreux travaux jalonnent cette période des années soixante - soixante dix. Multiples et divers, ils tentent de préciser les critères de diagnostic et de spécificité de l'affection; ils s'attardent sur la présentation clinique ou encore tentent de définir l'organisation structurelle sous-jacente.

Notre propos n'est pas ici de les répertorier. Tout au plus, estimons-nous que l'étendue et la diversité des méthodes psychothérapeutiques et des modèles théoriques

ont probablement enrichi la clinique mais ont aussi contribué à jeter la confusion dans notre esprit.

En effet, si nous avons pu déceler une volonté commune des auteurs à décrire les critères nécessaires au diagnostic de l'affection; leur point de vue diverge dès qu'est abordée la question de l'organisation structurelle de ces sujets, que N. CHÂTELET (1989) dénommait encore récemment " les inclassables " (p 160); difficulté classificatoire sur laquelle nous reviendrons à la fin de cette partie..

En général, le diagnostic d'anorexie mentale est relativement vite émis; peut être parce qu'aucune affection ne revêt un aspect si médical. D'un seul regard, l'anorexique se reconnaît; son apparence parle pour elle. Ainsi, la vigilance s'attarde sur le domaine somatique pour dans une seconde phase mettre l'accent sur le versant psychique. Ceci laisserait à penser que l'origine psychique de l'affection serait comme déviée. La voie somatique participerait avant tout au dépistage et à l'élaboration du diagnostic, pour ensuite être balayée, reléguée au second plan, une fois le diagnostic posé, en faveur de la primauté désormais accordée au conflit psychique.

De par notre intérêt pour le rapport au corps chez l'anorexique, nous sommes sensibilisée à cette dynamique d'une part entre le diagnostic, posé essentiellement en termes somatiques si nous évoquons la chute pondérale et l'aménorrhée; et d'autre part la centration sur le conflit psychique comme unique causalité du comportement symptomatologique. Il nous apparaît que cette démarche, loin d'unifier, délie la psyché du soma, et participe à une représentation clivée, qui ne favorise pas l'abord globalisant du sujet et de sa problématique.

Cependant, nous remarquons les efforts constants d'auteurs de la deuxième moitié de ce siècle qui nous introduisent dans une dialectique corporelle, malgré un balayage nosographique rendant compte du désir de relier la formation symptomatique à des entités structurelles spécifiques, préexistant à l'individualisation psychopathologique de l'anorexie mentale.

Notre propos ne relève pas de cette question. Pour seul point de repère, rappelons que l'hystérie fût évoquée en premier lieu par LASEGUE, GULL, CHARCOT ou DEJERINE, mais également par JANET (1903), puis BREUER et FREUD (1956) qui, dans ses premiers travaux, évoquait une forme de conversion par refoulement de l'érotisme oral.

Plus tard encore, des psychanalystes tels COURCHET (1947) ou VALABREGA (1967) soutiendront cette thèse.

Avec WINNICOTT (1956), les troubles de l'alimentation s'inscrivent au registre des conduites antisociales (délinquance, psychopathie).

KESTEMBERG et COLL (1972) parleront quant à eux de psychose blanche.

La problématique dépressive sera aussi évoquée avec des auteurs comme POROT (1981) ou MUDSON (1983).

L'approche psychosomatique avec MARTY (1980) apportera également sa contribution.

MAC DOUGALL (1974) et FINE (1991), dans la même lignée, estiment que ces symptômes, que représentent les addictions servent de rempart contre la perte d'identité.

La perversion est également citée avec SCHARWITZ (1991).

Ph JEAMMET (1993) l'évoque également mais sous un angle dynamique et non pas d'un point de vue structurel. C'est dans la constitution d'un néo-objet substitutif, que représente le comportement addictif, que Ph JEAMMET introduit ce qu'il considère comme " l'aménagement pervers de cette relation de dépendance " (1993), précisant donc qu'il n'est pas question d'une structure perverse stable mais d'un aménagement défensif secondaire.

Autant de références qui renvoient à des champs structurels fondamentalement différents, et qui rendent compte de la difficulté classificatoire à laquelle l'anorexie mentale nous confronte. Ces éclairages successifs centrés sur la pathologie de l'organisation de la personnalité balayent en fait toute la nosographie.

Maintenant avant de nous pencher sur l'étiologie et de développer les hypothèses psychodynamiques avec des auteurs comme Ph JEAMMET (1990, 1991, 1993, 1994) dont la contribution sur les pathologies de l'agir est grande, et B. BRUSSET (1993, 1995), nous souhaitons nous exprimer sur cette nosographie passée en revue.

1.2) Synthèse et critiques.

Des élaborations de ces auteurs contemporains, il est apparu que la tâche consistant à définir structurellement l'anorexie mentale n'était pas chose aisée.

En effet, nous avons brièvement abordé la multitude des modèles structuraux auxquels l'anorexie fut assimilée ou comparée, de la névrose à une pathologie limite ou sévère du Moi.

En vérité, toute démarche, tentant de proposer un modèle explicatif de la conduite anorexique, n'a pu être rendue univoque.

Un tel constat nous interpelle: pourquoi sommes-nous confrontée à de telles difficultés classificatoires?

Divers éléments de compréhension peuvent être évoqués:

1) Sans doute n'est-ce pas sans relation avec le pan historique précédemment abordé, l'anorexie mentale fut longtemps confondue avec l'hystérie, puis avec d'autres modalités de fonctionnement avant d'être individualisée et reconnue comme entité clinique à part entière.

En 1976, J.D GUELFY, soutenait un tel point de vue; " La plupart des auteurs contemporains considèrent que l'anorexie mentale est un syndrome clinique et non une maladie autonome; la signification psychopathologique et le pronostic de cette variété psychosomatique d'anomalie des conduites alimentaires s'avèrent, en effet, d'une extrême variabilité d'un cas à l'autre " (1976, p 269).

Cette extrême variabilité et les incertitudes qui en découlent sur le plan nosographique nous semblent en rapport avec la survenue et les caractéristiques du tableau symptomatologique proprement dit, pouvant s'inscrire au coeur de diverses organisations de la personnalité

Pour B. BRUSSET, étudier la conduite alimentaire nécessite de préciser les rapports " entre la logique propre à la conduite alimentaire et l'ensemble de la personnalité du sujet " (1981, p 5).

D'après cet auteur, le trouble de la conduite alimentaire peut évoquer un conflit névrotique, psychotique ou être en relation avec un état dépressif, voire mélancolique.

Quelques années plus tard (1985), le même auteur éclaircit encore sa pensée: " il en ressort que l'anorexie mentale n'est pas une conduite symptomatique explicable par le seul modèle psychanalytique du symptôme névrotique, ni interprétable dans la seule référence aux aléas du conflit oedipien. Sa problématique s'est trouvée éclairée et a contribué à éclairer celle des états-limites et de la pathologie narcissique " (1985, p 176).

Etudiant les rapports du corps avec les comportements addictifs, VENISSE et coll (1992) concluent leur article de la manière suivante:

" Il s'agit d'une place intermédiaire en référence à d'autres registres pathologiques, ces mises en scènes corporelles se situant selon la forme de M.C CELERIER (1989), entre le nons-sens psychosomatique et le signifiant hystérique, mais aussi, sans doute, entre l'inscription lésionnelle psychosomatique et l'extériorisation psychopathique " (1992, p 17).

Dans cet espace, où pouvons-nous situer le fonctionnement anorexique?

Plus récemment encore, Ph JEAMMET (1993) convient que la référence aux états limites ne permet à elle seule de rendre compte de la spécificité et survenue de l'anorexie mentale. Il constate qu' " aucune référence nosographique ne peut suffire à caractériser les troubles des conduites alimentaires, même si les états-limites sont plus fréquemment cités, et encore moins à rendre compte de leur spécificité comme de leur survenue. Il en est de même pour les personnalités pathologiques dont aucune n'est spécifique de ces troubles " (1993, p 238).

C'est certainement ce motif clairement énoncé qui amène l'auteur, une décennie plus tôt à réactualiser et remanier les conclusions du symposium de Göttingen, à savoir que l'agir et non plus le conflit psychique, est dominant (1982, 1985).

Aussi, évoquer la lignée narcissique (BRUSSET, 1985; JEAMMET, 1993) ainsi que la nature génitalisée du conflit psychique (BRUSSET, 1995) dans une perspective étiologique risquera de se révéler insuffisant.

Ces insuffisances, qui en soi ont stimulé la réflexion psychopathologique, que nous ne tarderons à aborder, se sont également nourries de celles-ci .

2) De plus, l'apparition de l'affection s'ordonne selon une constance fondamentale: son émergence à l'adolescence (JEAMMET, 1993), et spécifiquement dans la population féminine (BRUSSET, 1995; BARRES, 1996).

Et en liaison avec cette constance, l'entrée dans le processus adolescent sous-tend nombre de changements; dont l'intrication est complexe, si complexe qu'il paraît difficile d'isoler un facteur déterminant suffisant à rendre compte de l'apparition du trouble anorexique.

Ph JEAMMET (1993) résume fort justement cette conjugaison plurifactorielle:

" Les troubles des conduites alimentaires occupent une position carrefour entre l'enfance et l'âge adulte, comme l'illustre leur survenue élective à l'adolescence; entre le psychique et le somatique, entre l'individuel et le social avec entre les deux le groupe familial dont l'importance est maintenant admise. Cette position carrefour révèle *le lien probable entre ces troubles et les processus de changement*: sensibilité aux changements pubertaires et à l'accès à l'autonomie; sensibilité aux changements socio-culturels, mais également impossibilité d'une expression purement psychique et représentationnelle de ces difficultés, et nécessité d'un recours à une expression agie comportementale et à une inscription corporelle " (1993, p 236).

3) Un troisième élément de réponse serait plus récent et signifié par la dernière classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10 / ICD-10, 1992), c'est peut-être car " on ignore toujours les causes fondamentales de l'anorexie mentale, mais il existe de plus en plus d'arguments permettant de penser que des facteurs socioculturels et biologiques sont impliqués dans sa survenue, de même que des mécanismes psychologiques peu spécifiques et une vulnérabilité particulière de la personnalité " (p 158).

Ainsi, l'origine de l'affection serait plurifactorielle.

Nous étant penchée sur le contexte socioculturel de l'anorexique (chp 0.2.14, p 22), nous adoptons le point de vue de B. BRUSSET (1995) et prenons une position modérée dans la mesure où nous reconnaissons à ce facteur une incidence partielle.

Par contre, les facteurs biologiques, et leur éventuelle liaison avec des mécanismes psychologiques sont au coeur de notre intérêt, dans le rapport dynamique que nous souhaitons privilégier entre la psyché et le soma. N'est ce pas ce qu'illustrent les propos de J.L VENISSE et COLL, : " le corps est au coeur des bouleversements

de l'adolescence qui stigmatise sa place charnière de trait d'union entre le biologique et le psychologique " (1992, p 16).

Par ailleurs, l'élaboration du CIM -10 / ICD-10 semblerait nous y inviter, en inscrivant les troubles de l'alimentation dans la section V " Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ".

L'évocation d'un " syndrome comportemental " trouve, pour nous, une signification au coeur des travaux concernant les pathologies de l'agir, où le corps agressé, mutilé, dénié devient le lieu du conflit psychique.

Aussi, nous nous proposons maintenant de recenser les divers facteurs susceptibles d'être une ou la cause de l'affection, d'en démontrer l'insuffisance et de rechercher et d'explorer une possible autre causalité.

* * * * *

* * * * *

* * *

CHAPITRE II

ETIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE

Ayant précédemment défini les critères invariants de l'apparition de la conduite symptomatique (cf-introduction), il semble dès lors possible d'envisager - à partir de ceux-ci - plusieurs facteurs participant à l'éclosion de l'affection.

En effet, plus d'une causalité peut-être répertoriée, invoquée à propos de l'anorexie mentale.

Dans un sens, nous pourrions nous féliciter d'une éventuelle pluralité étiologique, en estimant qu'une approche explicative polyfactorielle permettrait de respecter chaque problématique individuelle. Chacun des facteurs interviendrait alors à un degré variable.

D'après D. SIBERTIN-BLANC (1996), " on admet désormais un déterminisme plurifactoriel autrement dit pour chaque patiente la rencontre en proportion variable de trois types de facteurs " (1996, p 226) qu'il recense comme étant les suivants: socioculturels, familiaux et biologiques.

Dans le même mouvement critique, nous pourrions également regretter que ces facteurs, aussi conjugués soient-ils, proviennent parfois d'approches compréhensives diverses et soient alors liés à des positions plus subjectives ou sociologiques.

Aussi, c'est avec prudence que nous envisageons maintenant les causalités du processus anorexique. Les principaux facteurs étiologiques recensés sont les suivants:

2.1) Le facteur biologique.

Au début du vingtième siècle, avec la découverte de la cachexie par SIMMONDS (1914), révélant une atteinte de l'hypophyse, les organicistes ont considéré l'anorexie mentale, du moins dans ses formes les plus graves, comme une atteinte organique des glandes à sécrétion interne.

Mais depuis, cette hypothèse étiologique a été réfutée dans les conceptions contemporaines modernes.

En effet, si nous évaluons le rôle tenu par les glandes à sécrétion interne, le dysfonctionnement biologique apparaît secondairement au tableau symptomatique.

Avec LAXENAIRE et GUILLEMOT (1993), nous soutenons que " ces conceptions relèvent en effet de la considération erronée des troubles endocriniens comme causes du symptôme, alors qu'ils sont la conséquence de la dénutrition " (1993, p 11).

B. BRUSSET (1995) ajoute: " le temps est bien passé où l'on parlait de cachexie psycho-endocrinienne de la puberté " (1995, p 171).

Toutefois, dans sa volonté à faire prévaloir la spécificité féminine de l'anorexie mentale, l'auteur interroge l'incidence d'un déterminisme biologique dans l'observation du dérèglement des sensations de faim et de satiété ou de la sexualité. Considérant les modifications hormonales de la puberté, il émet l'hypothèse que la testostérone protégerait les garçons des troubles alimentaires.

Cependant, il conclut: " l'expérience psychothérapique montre que les implications biologiques n'empêchent pas les processus psychiques d'être déterminants " (1995, p 172).

Ajoutons que si un tel déterminisme était prégnant, un traitement organique suffirait sans aucun doute à avoir raison de l'affection.

A un autre niveau, sous l'angle purement génétique, l'éventualité d'une prédisposition innée à l'anorexie mentale a également suscité un grand intérêt (W VANDEREYCKEN, 1984).

Afin d'en démontrer l'existence, les études ont fait appel à la comparaison de jumeaux (A. M. CRISP, 1985; A. J. HOLLAND, 1988).

Leurs conclusions, à l'époque convergentes, attestèrent de l'importance des facteurs génétiques, importance estimée aux trois-quarts environ de la tendance à développer une telle affection.

Seulement, des études plus récentes ont présenté des résultats divergents.

Entre autre, WATERS et Coll (1990) n'ont pas décelé le même trouble chez l'autre enfant gémellaire; ce qui nous autorise à rejeter cette hypothèse explicative.

2.2) Le facteur familial.

Historiquement, depuis LASEGUE (1878), une place importante a été accordée à la famille dans le déroulement de l'affection.

Sa prise en considération a d'ailleurs été telle que la réponse thérapeutique proposait et défendait la nécessité de la séparation et de l'isolement du milieu familial. Bien davantage encore, les effets bénéfiques - en terme de reprise de poids plus rapide - ont pu être objectivés.

Depuis LASEGUE (1878), les thérapies familiales ont grandement participé et influencé la description d'un système familial type.

Dans cette perspective, l'anorexique devient la " malade désignée ", symptôme du dysfonctionnement familial.

Ce " symptôme " présente plusieurs dimensions spécifiques que B. BRUSSET (1995) dénombre à quatre:

- Le défaut d'apprentissage, imputable à la mère, des besoins du corps et des désirs propres. La réponse alimentaire à toute demande émise par l'enfant a été d'ailleurs longtemps soutenue par H. BRUCH (1975). Et, ces premières expériences défectueuses du nourrisson, au travers de réponses inadaptées, ne permettraient pas de reconnaître les besoin du corps.

- Les exigences sociales et éducatives. Plus récemment, C. BALASC (1990) en reprenant les propos de S. LECLAIRE (1959), nous semble réactualiser les dires d' H. BRUCH. Pour BALASC " comme pour les autres pathologies addictives, le sujet est sous l'emprise du " signifiant maternel ". S. LECLAIRE rappelle que << l'anorexique fut, le plus souvent, sur le plan du besoin de nourriture tant et si bien gavée par sa mère attentive que toute la demande d'amour est restée méconnue. Dès lors, pour réitérer sa demande, le sujet n'a plus d'autre voie que de refuser la nourriture par laquelle son besoin fut si pleinement comblé et sa demande si parfaitement étouffée >> " (1959, p 387), (1990, p 93).

- Les relations mère-fille, interrogeant la relation de la mère à sa propre mère, inférant donc un déterminisme transgénérationnel pathogène.

- Les défaillances de la fonction paternelle; père " maternisé " comme double de la mère ou encore, décrit par D. SIBERTIN-BLANC (1996), comme " s'effaçant derrière celle (la personnalité) de la mère " (1996, p 2261).

Face à ces caractéristiques singulières au fonctionnement familial, la future anorexique est volontiers décrite comme une enfant modèle (BRUCH, 1975, 1990); (KAGANSKI, REMY, 1989).

Cette enfant modèle, B. BRUSSET, (1995), la qualifie de " précocement autonome et secondairement très dépendante de ses parents " (1995, p 177).

Pour C. MILLE et Coll (1996), " l'anorexique a été une enfant parfaitement conforme aux attentes de ses parents, s'étant remarquablement bien pliée à leurs exigences éducatives; une enfant qui aurait sans rechigner consenti à sacrifier ses satisfactions pulsionnelles propres pour mériter l'amour qui lui est accordé " (1996, p 558).

Quant au tableau familial, " le plus fréquemment décrit est celui d'une famille conventionnelle, fixée rigidement sur les apparences, fermée sur elle-même, avec une peur du monde externe et surtout une volonté d'éviter les conflits internes " (AGMAN et Coll, 1994, p 11).

D. SIBERTIN- BLANC (1996) souligne quant à lui " la pauvreté des échanges affectifs et émotionnels, leurs soucis de conformité sociale " (1996, p 2261).

2.3) Le facteur socio-culturel.

L'évolution du modèle idéal féminin - en terme de minceur - ainsi que l'ascension sociale permise à la femme ont soutenu l'élaboration d'une hypothèse sociologique féminine. En effet, le courant féministe propose quelques pistes de réflexion.

D'après CHERNIN (1982, 1986) l'ouverture sur le monde extérieur entraîne une certaine déféminisation. La femme prendrait en fait appui sur l'unique modèle existant, soit sur le modèle masculin.

L'auteur se réfère en premier lieu à la mère et estime que cette " figure maternelle " ne peut désormais plus soutenir le processus identificatoire de sa fille.

Cette dernière, femme moderne, contemporaine, percevrait sa mère comme encore reléguée à des tâches domestiques disqualifiantes.

A cet endroit, nous ne sommes plus d'accord avec CHERNIN (1982, 1986). Certes, personne ne conteste le rôle joué par l'image maternelle. Mais à notre époque, si nous étudions la population anorexique actuelle, nous pouvons relativement préjuger de l'âge chronologique des parents, et considérer que la révolution sociale des années soixante-dix - années marquées du sceau de la libération féminine - est maintenant derrière nous.

Ainsi pouvons-nous estimer que ces mères de quarante-cinquante ans n'appartiennent déjà plus à cette représentation de la femme confinée dans son foyer.

Pour CHERNIN, en attaquant son corps, l'anorexique attaquerait en fait sa mère et l'image dévalorisée que la société contemporaine fomenté à son égard. Nous aurions plutôt envie de dire qu'aujourd'hui elle n'a plus à se confronter à cette image obsolète.

ORBACH (1985, 1986) propose une autre interprétation et comprend la conduite anorectique comme une tentative de dépasser, renverser la situation. C'est dire que son régime forcené la rendrait entièrement maîtresse d'elle-même et de son corps, et non plus asservie et dépendante des souhaits de la société. Les compulsions alimentaires traduiraient ainsi la révolte contre les exigences adressées aux femmes d'être minces et objets décoratifs, ou de plaisir.

En vérité, nous ne saurions nous contenter de cette interprétation, soit d'une révolte consécutive à la pression exercée par l'homme et la société sur la femme. Particulièrement il nous semble plutôt inopportun de (ré)inscrire cette analyse au coeur d'un contexte culturel donné, succédant à la révolution des années soixante-dix

Nous sommes plus en accord avec la position de TOROK (1964) qui articule l'image sociale féminine au développement psychodynamique. L'auteur nous amène à constater la position de dépendance dans laquelle se trouve le femme face à l'homme dans la plupart des sociétés. Cependant, elle émet une hypothèse, quant à l'origine de cette dépendance, différente de celle d'ORBACH (1985, 1986).

Nous la rejoignons dans son propos qui consiste à dire que la fille doit affronter douloureusement l'imaginaire maternelle, et ce afin d'accéder à une prise d'indépendance.

En fait, l'évitement d'une confrontation à l'imaginaire maternelle conduirait au maintien d'une position de dépendance. Pour TOROK (1964), celle-ci pourrait être illustrée par les pathologies du narcissisme chez lesquelles des signes d'aliénation à l'imaginaire maternelle sont observables.

Par ailleurs, nous savons que ces pathologies tendent à s'exprimer durant la période adolescente et à un niveau corporel.

Effectivement, à la puberté, les transformations corporelles et la transition vers l'âge adulte nécessitent un réaménagement des liens et identifications à la mère.

Dans cette perspective, la psychopathologie individuelle ainsi que l'approche psychanalytique nous paraissent plus finement éclairer l'émergence et l'organisation du processus anorexique.

Pour conclure, nous reprendrons les propos de RAIMBAULT et ELIACHEFF (1989), pour lesquels il n'est pas évident que le nombre d'anorexiques s'amoinerait si l'idéal de minceur se modifiait dans notre société.

B. BRUSSET (1995) adopte une position similaire et se propose d'interpréter l'adhésion au déterminisme socio-culturel en tant que causalité de l'anorexie mentale, comme produit d'une rationalisation, ou " au moins (de) la facilitation du déni du pathologique par le culturel " (1995, p 175).

2.4) Les facteurs psychiques.

Leur déterminisme sera ici exposé au travers des conceptions psychanalytiques contemporaines.

Nous tenterons ensuite à partir de la synthèse de ces diverses hypothèses explicatives dynamiques de privilégier la causalité psychique dans son étroit rapport au somatique, en s'intéressant particulièrement au processus pubertaire.

Rappelons que toutes les observations cliniques ont repéré l'apparition élective de ce trouble à l'adolescence et essentiellement auprès de la population féminine.

Ainsi, nous est-il apparu prépondérant de considérer deux grandes lignes de développement qui peuvent, tout à fait, se renforcer réciproquement.

La première est que l'adolescence est sous-tendue par la réactivation du scénario oedipien de l'enfance.

M. et M.E. LAUFER (1989) nous rappellent la nécessité d'un travail psychique tendant dans sa finalité vers une différenciation entre la masculinité et la féminité et sur la mise en place d'un objet de désir sexué.

La seconde soulève la question de l'accès à l'autonomie et à l'indépendance qui, selon J.F. MASTERSON (1986) repose sur la résolution de l'angoisse de séparation, résolution nécessitant une régulation entre la sauvegarde narcissique et l'investissement objectal.

2.41) La culpabilité oedipienne.

L'adolescence représente la possibilité de réaliser les désirs oedipiens dans la mesure où le processus pubertaire permet l'accès à une dimension corporelle sexuée. L'adolescente quitte son corps d'enfant pour habiter celui d'une jeune fille maintenant pourvu des caractères sexuels secondaires. Durant cet état du développement psycho-affectif, le conflit d'amour et de désirs incestueux envers le père et conjointement le conflit de rivalité féminine avec la mère sont réactivés.

Ainsi, à l'adolescence, il est à renégocier les modalités relationnelles préexistantes. L'adolescente, alors qu'elle peut ou non maintenir une distance relative avec l'objet archaïque, se trouvera à nouveau confrontée à l'objet oedipien et aura à investir les attributs féminins dans leur dimension sexuée.

Engagée sur la voie des identifications secondaires, au-delà de la mère, elle va se mettre en recherche de la femme.

* * * * *

* * * * *

* * * *

Cette compréhension du conflit pulsionnel sous-jacent à la période adolescente va permettre de jeter un éclairage sur l'émergence du processus anorexique.

Au congrès de Toulouse, organisé par l'UNAFAM (1996), une série de conférences traite à nouveau du lien de parenté entre anorexie et adolescence.

Tenant de définir cette période d'entre-deux, ce carrefour selon la dénomination de Ph. JEAMMET (1993), deux évidences pour E. BARUCCHI (1996) se profilent:

" La première est celle des transformations physiques, qui modifient radicalement l'image corporelle du sujet et qui entraîne une ressemblance avec le corps de l'adulte.

La deuxième est que c'est à cet instant précis que va s'organiser le destin psychique du futur adulte " (1996, p 23).

Plus loin dans son exposé, cette psychologue-psychanalyste ajoute:

" Pour l'adolescent, le sens que prend l'accession à un corps physiquement et sexuellement adulte le confronte à un questionnement. Ce dernier s'exprime dans la possibilité d'engendrement et de grossesse, dans la question intime propre à ses origines, dans l'inquiétude du risque incestueux, dans la notion de violence " (1996, p 24).

En effet, d'aucun ne conteste que les modifications de l'adolescence représentent le support symbolique d'une réactivation de l'angoisse de castration.

Selon la définition de LAPLANCHE et PONTALIS (1984), le complexe d'Oedipe " connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet " (1984, p 80).

Antérieurement, des psychanalystes comme WALLER et Coll (1940), LORAND (1943), COURCHET (1947), CODET (1948), FENICHEL (1972) avaient déjà mis l'accent sur le rôle de la régression devant la sexualité génitale et des fantasmes inconscients de fécondation orale et d'incorporation anale du pénis paternel.

Toutefois, SELVINI, citée par H. BRUCH (1975) semblait, sur la base de son expérience clinique, enclin à réfuter une telle hypothèse. Remarquant la rareté de tels fantasmes de fécondation orale, SELVINI avait interprété l'expression d'une crainte de grossesse par la peur d'être envahie par l'objet, éprouvé ne correspondant donc pas à de véritables angoisses sexuelles. Comme SELVINI (1963), EY (1965)

considérerait que l'angoisse de l'anorexique était centrée sur une idée obsédante, soit qu'il s'agissait d'une " lutte contre l'avidité dont la faim et les problèmes sexuels sont un aspect en quelque sorte secondaire " (1965, p 183).

Aussi, l'existence d'une telle fantasmatique fut-elle abandonnée; perdure néanmoins la nature oedipienne du conflit psychique. En effet, récemment, B. BRUSSET (1995) a réactualisé l'hypothèse oedipienne considérant que l'anorexique, dans sa présentation asexuée, exprimait son impossibilité d'accéder à une position génitalisée.

B. BRUSSET est très explicite sur cette difficulté de l'anorexique, nous rendant sensible à " la spécificité féminine du mode d'organisation psychique en cause " (1995, p 170)

Développant les particularités du développement de la sexualité féminine, déjà soulignées par S. FREUD (Sur la sexualité féminine, 1931), B. BRUSSET (1995) rappelle que la fille a à opérer un déplacement de son investissement libidinal sur un autre objet d'amour: " Le changement d'objet dans l'Oedipe, de la mère au père, donc la perte de l'objet primaire maternel dès lors que la mère devient la rivale haïe et le modèle identificatoire " (1995, p 178).

Donc, contrairement au développement libidinal masculin, la fille devra se détourner de l'objet de l'attachement primordial, soit la mère. Cette dernière, une fois ce détachement et déplacement opérés, deviendra à la fois objet rival susceptible de mobiliser des tendances agressives, et modèle identificatoire, présentant alors le risque de renforcer la relation de dépendance à la mère.

B. BRUSSET observe: " Dans les cas où s'est manifesté l'investissement amoureux d'un homme ou d'une femme, tout se passe comme si était particulièrement redoutée une dépendance qui répéterait la dépendance primaire à la mère " (1995, p 178).

Ainsi, pour que la conflictualité à la rivale oedipienne puisse s'actualiser, il est nécessaire que l'attachement à l'objet primaire se soit déplacé sur l'objet d'amour oedipien.

Maintenant, si nous convenons que l'adolescence marque la résolution du scénario oedipien, pour nous, avant cette phase ultime, **l'événement pubère se révèle foncièrement important car il sous-tend un travail psychique, comparable au travail du deuil: il s'agirait de renoncer à l'objet infantile et donc à sa position de sujet face à cet objet.**

De plus, d'elles-mêmes, les conclusions de B. BRUSSET quant à cette difficulté face à l'Oedipe sont d'autant relativisées que " l'existence de formes prépubertaires et de cas masculins montre bien que le lien n'est pas aussi direct et simple qu'on pourrait le penser " (1995, p 170).

Et l'auteur conclut que l'anorexie mentale dans ce qu'elle traduit d'une problématique de la féminité, dans son rejet, dépasse le modèle de référence psychanalytique des névroses.

Notre intérêt pour cet article réside dans le fait que cet auteur établit une liaison entre le corps et le féminin, " la centration des conflits sur le rapport avec le corps propre apparaît, finalement comme liée aux spécificités de la puberté féminine, mais en raison d'une préhistoire infantile " (1995, p 176).

Soulignant l'importance des rapports avec le corps, B. BRUSSET interroge la relation conflictuelle entre le narcissisme et l'objectalité; relation conceptualisée et soutenue par ailleurs comme causalité psychique à l'émergence de l'affection.

En cela, son point de vue semble rejoindre celui de Ph. JEAMMET (1989) selon lequel: " si la configuration oedipienne reste le moteur essentiel de la régression de l'anorexique, on ne peut comprendre la forme et l'intensité de celle-ci qu'en fonction d'autres paramètres, qui, eux-mêmes, nécessitent un regard spécifique, tels que l'organisation narcissique de la personnalité, les clivages multiples du Moi, l'échec relatif des zones érogènes dans leur fonction de liaison libidinale et objectale, permettant le caractère << vertigineux >> de la régression et le recours à << l'orgasme de la faim >> comme dernière tentative de liaison et de sauvegarde d'un Moi menacé de destruction à l'instar de ses objets " (1989, p 178).

Dans cet article, Ph. JEAMMET se propose " de faire de la dépendance [1] l'élément commun et de considérer l'adolescence comme un révélateur spécifique de la problématique de dépendance " (1989, p 182).

2.42) La problématique de dépendance.

Cette notion, centrale dans l'élaboration de Ph. JEAMMET se définit selon des caractéristiques communes:

- " Ce sont toutes les conduites agies pour lesquelles la dimension comportementale, motrice, prédomine sur celle de l'activité mentale, représentée, intra-psychique.

- Elles se déclenchent électivement à l'adolescence, en contraste complet avec les attitudes antérieures dont elles sont << le négatif >>.

- Il s'agit toujours de conduites d'auto sabotage par lesquelles l'adolescent attaque son corps propre ou ses acquisitions et ses ressources et se prive d'une partie de ses potentialités, souvent celles qui étaient les plus investies auparavant " (1989, p 183).

Son hypothèse centrale se précise par la suite (1989, 1991): l'anorexie mentale, comme d'autres troubles du comportement de l'adolescence, fait partie des conduites de dépendance, caractérisant la relation à l'objet, en termes d'une part de " sauvegarde narcissique " (1991) ou encore de " massivité de l'engagement narcissique " (1993) et d'autre part d'une " mauvaise différenciation sujet/objet " (1993) imprimant un aspect pulsionnel à la lignée objectale.

Cette dynamique des investissements narcissiques et objectaux, Ph JEAMMET, à la suite d' A. GREEN, l'inscrit sous " le registre de l'archaïque " (1990).

Différemment, c'est également ce que B. GRUNBERGER (1975) évoque comme défaut de confirmation par l'Idéal du Moi, l'amenant à considérer que chez l'anorexique, " le Moi corporel meurt, mais le narcissisme triomphe " (1975, p 301); ou ce que B. BRUSSET (1984) nomme en terme de défaillance des régulations narcissiques.

En fait, le surinvestissement de l'enveloppe corporelle par l'anorexique révèle une problématique narcissique.

Le Moi corporel, support de l'enjeu narcissique, se trouve dominé par le mécanisme de l'idéalisation relevant l'exigence de puissance et de perfection dont l'anorexique fait preuve à l'égard de son corps.

L'amaigrissement provoque alors un sentiment d'élévation, de triomphe qui conforte le sujet dans sa recherche d'atteindre une image de lui-même idéalisée.

A. GREEN (1983) développant la notion de narcissisme négatif ou narcissisme de mort éclaire également le fonctionnement anorexique.

L'aspiration à l'immortalité, - ou à la mort corporelle - semble trouver confirmation dans le déni du corps dans sa réalité.

Lorsque le Moi soutient l'absence de besoins somatiques, le fantasme d'éternité peut prendre " corps " .

Et c'est donc pour son triomphe que l'anorexique rejette le corps réel.

Dénié dans sa réalité somatique, comme désincarné, ce processus " alimente ", " nourrit " une jubilation narcissique incommensurable de toute-puissance.

Pour SERRANO et Coll, " l'anorexique << utilise >> sa maladie comme une << tentative désespérée de restauration narcissique >> " (1996, p 353).

Aborder l'investissement narcissique du corps propre - destructeur chez l'anorexique en ce qu'il révèle la mort corporelle et au delà pour l'autre (et non pour l'anorexique elle-même) la mort réelle - ne peut être étudié que dans un rapport intersubjectif.

Face au monde interne se situe le monde objectal duquel l'anorexique doit, dans une dimension vitale pour sa survie psychique, se protéger.

Autrement dit, l'aménagement de la relation à l'objet, de par sa proximité, constitue une menace narcissique.

POINSO et Coll (1994) l'expriment fort justement: " tout désir qui ne serait pas orienté vers l'objet interne idéalisé rapprocherait le sujet de la symbiose dont il se défend ... c'est le prix que l'anorexique est prête à payer car ce qui est en jeu dépasse son enveloppe corporelle, c'est de son être psychique qu'il s'agit " (1994, p 52).

Son organisation défensive favorisant le rééquilibre narcissique " conduit inexorablement à un certain désinvestissement extérieur, à une tentative de maîtrise des objets et à l'expropriation du corps (corps otage du soi) " (SERRANO, 1996, p 360).

Ainsi, pour la majorité des auteurs la référence à une absence de garanties narcissiques suffisantes à favoriser un travail de deuil inhérent à un processus de séparation est reconnue.

La position de l'anorexique devient alors paradoxale dans la mesure où elle ne veut pas être dépendante de l'objet, mais ne peut, pas plus, vivre à ses côtés, car c'est prendre le risque d'une intrusion ou d'une effraction;

" suffisamment proche pour ne pas être perdue, et suffisamment extérieure pour ne pas risquer d'en être envahie " (1993, p 240). C'est être assuré de sa permanence et non-destructivité tout en le maintenant aux frontières du Moi.

Ainsi, pour J.L LE RUN (1996), liant anorexie mentale et passage à l'acte, " ces pathologies agies apparaissent lorsque la dépendance reconnue, par exemple à l'adolescence, est mal supportée car menaçant les limites du sujet, son identité, son intégrité. Lorsqu'elle déborde les défenses narcissiques (clivage, déni, projection, identification projective) qui jusqu'alors protégeaient les sujets " (1996, p 52).

Cette notion de dépendance, nous pouvons la repérer à divers niveaux:

- dépendance au milieu familial, nonaccès au second processus de séparation/individuation (JEAMMET, 1991),
- problématique du lien (JEAMMET, 1993),
- attachement aux objets infantiles (JEAMMET, 1993).

* Sur le premier point, H. BRUCH (1975), M. SELVINI (1982) dans une lecture systémique étaient arrivés à une conclusion convergente; autonomie et indépendance sont sacrifiées à la loyauté envers la famille.

I. KAGANSKI et B. REMY (1989) vont encore plus loin, étendant cette loyauté à la génération grand-parentale.

Pour ces auteurs, " la soumission à la petite enfance permet de conserver la relation privilégiée à la mère et représente une sauvegarde narcissique. A l'adolescence, cette soumission met en danger l'identité, le sentiment d'existence psychique propre et devient insupportable. Pour lutter contre le désir inconscient de fusion à la mère, intolérable car c'est au prix de disparaître soi-même, l'adolescente se voit comme le double de sa mère, mais en s'identifiant aux aspects << négatifs >> de la mère tout en les critiquant " (1989, p 209).

Ainsi, la symptomatologie anorexique exprimerait la dépendance du sujet au milieu familial et la défense contre celle-ci. Le clivage psyché / soma maintient l'attachement, la fixation à une relation régressive conflictuelle, - littéralement " un corps à corps " -, en même temps que le clivage oeuvre pour la construction

de l'identité psychique du sujet, soutenue par le processus de séparation / individuation réactivé à l'adolescence.

* Sur le deuxième point, Ph JEAMMET (1993) aborde le processus anorectique sous l'angle d'une " problématique du lien, (qui), dans ses aspects les plus fondamentaux avec les objets d'attachement initiaux, a largement remplacé la problématique des conflits de désir " (p 241-242).

Pour lui, cette relation de dépendance permet l'évitement de tout conflit et s'inscrit comme " prolongement naturel du lien d'étayage narcissique mutuel qui s'est développé pendant l'enfance de ces patientes avec leurs parents et plus particulièrement la mère " (p 242).

L'auteur évalue alors l'insuffisance du processus de distanciation et d'autonomisation d'avec la figure maternelle et de fait considère que " l'ensemble de notre action thérapeutique se construit autour de cette réinstauration d'une relation de plaisir et de tendresse possible ..., de créer une vie d'échanges où elles retrouvent une capacité à tolérer quelque chose qui me paraît être tout à fait de l'ordre de ce que WINNICOTT a appelé << le pouvoir d'être seul en présence de l'objet >> c'est à dire, la capacité d'avoir du plaisir tout en gardant une relation à la fois nécessaire mais suffisamment distante et ignorée avec l'objet d'attachement principal " (p 243).

* Sur le dernier point, concernant l'attachement aux objets infantiles, Ph JEAMMET (1993) a été dernièrement rejoint par E. BARUCCHI (1996), " l'adolescent, en effet, doit se détacher de personnes importantes de son enfance, de ses anciens plaisirs et projets. Comme dans le deuil ou la déception sentimentale, l'adolescent doit renoncer à un type de relations sans espoir de retour ... Cette perte réelle ravive des expériences antérieures de séparation d'avec la mère ... " (1996, p 25).

Alors, le corps de l'anorexique se trouverait à mi-chemin entre le sujet et l'objet; et la nature de son investissement corporel permettrait de maintenir intacte la relation à l'objet d'attachement.

Rappelons qu'avant que ne s'opèrent la résurgence puis résolution du scénario oedipien, nécessitant donc pour la jeune fille un déplacement de l'investissement libidinal sur la figure paternelle, la conflictualité à l'objet d'attachement archaïque est réactivée au travers du processus de séparation/individuation.

D. LIPPE (1993) l'énonce très clairement : " la problématique de séparation-individuation qui se joue à l'adolescence réactive ainsi les problématiques de différenciation originelle (sujet-objet) et la dépendance primitive qui se jouaient alors autour de la relation orale au sein, dans laquelle la frustration introduit à la dimension du temps et à la différenciation soi / non-soi, sujet - objet " (1993, p 372).

En septembre 1997, M. CORCOS, Ph. JEAMMET et Coll. le synthétisent: " les symptômes (anorexie, amaigrissement, aménorrhée) sont secondaires corrélativement à cette problématique primaire de dépendance " (1997, p429).

Se pose alors la question du devenir de l'objet et de la relation du sujet à l'objet infantile au travers de **l'accomplissement du travail de deuil**.

Pour S. FREUD (1917), le deuil consiste en un travail de substitution d'images, de souvenirs à l'objet d'amour perdu.

M. KLEIN (1940) reconnaît à l'objet introjecté, image intériorisée, le statut de symbole dont les fonctions créatrices et réparatrices contiennent douleur et deuil.

N. ABRAHAM et M. TOROK (1978) différencient quant à eux le processus d'introjection du fantasme d'incorporation, ce dernier traduisant le refus du deuil et l'impossibilité d'élaborer la perte.

" La << guérison >> magique par incorporation dispense du travail douloureux du remaniement - Absorber ce qui vient à manquer sous forme de nourriture, imaginaire ou réel, alors que le psychisme est endeuillé, c'est refuser le deuil et ses conséquences, c'est refuser d'introduire en soi la partie de soi-même déposée dans ce qui est perdu, ... , bref, c'est refuser son introjection - Le fantasme d'incorporation trahit une lacune dans le psychisme, un manque à l'endroit précis où une introjection aurait dû avoir lieu " (1978, p 261).

Parfois, pour quelque raison, (l'événement pubertaire, en ce qu'il signifie l'achèvement de l'enfance, pourrait-il être une de ces raisons?), les pertes narcissiques ne peuvent être reconnues en tant que telles, et ce car leur reconnaissance renverrait à un secret honteux et à un objet jouant le rôle d'Idéal du Moi, idéal dont nous avons déjà discuté antérieurement.

Les auteurs soutiennent " que toute la fantasmatisation issue de l'incorporation cherche à réparer - dans l'imaginaire - une blessure réellement advenue et ayant

affecté l'objet idéal. La fantasmatique de l'incorporation ne fait que trahir le vœux utopique; puisse le souvenir de ce qui fut secoué, n'avoir jamais été, ou, au plus profond, n'avoir pas eu à secouer " (1978, p 270).

Ainsi ABRAHAM et TOROK (1978) développent-ils leur conception de la crypte, caveau intrapsychique:

" Le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un caveau secret. Dans la crypte repose, vivant, reconstitué le corrélât objectal de la perte Il se crée ainsi tout un monde fantasmatique inconscient qui mène à une vie séparée et occulte " (1978, p 266).

* * * * *

* * * * *

* * *

Venant brièvement de condenser des deux principales causalités psychiques, et pour conclure, afin de poursuivre notre élaboration, nous nous sommes reportée à J. et E. KESTEMBERG et S. DECOBERT (1972), lesquels selon Ph. JEAMMET ont montré " que non seulement il est possible, mais que l'on doit l'envisager (la conduite anorexique) sous des angles divers, qui se complètent mais ne se réduisent pas les uns aux autres " (1989, p 179).

Dans cette perspective, et dans le souci de nous préserver d'une compréhension psychopathologique réductionniste, nous allons nous efforcer maintenant de démontrer au travers d'interrogations multiples que, dans l'ensemble de la bibliographie compulsée, certaines dimensions ont été négligées au profit d'autres; dimensions que nous nous proposons maintenant d'explicitier, en démontrant l'importance du phénomène pubertaire.

2.5) Limites et extensions.

Tandis que l'accent fut porté sur la définition du concept de dépendance (JEAMMET, 1989, 1991) point nodal du processus adolescent, sur l'étude du mode

de relation de cette problématique du lien (JEAMMET, 1993), ou encore avec B. BRUSSET (1995) sur " le refus de la génitalité (...) constant et souvent prolongé " (1995, p 178), nous avons regretté que ne soit développé l'aspect traumatique de la puberté, dans la potentialité d'engendrement et de grossesse désormais advenue en raison de maturation physiologique.

Cette potentialité, pour nous situer dans la continuité de l'élaboration de B. BRUSSET (1995) nous semble pouvoir rendre compte de la spécificité au processus anorectique, en se révélant comme élément commun à la puberté chez la jeune fille.

Afin d'atteindre cet objectif, il nous faut maintenant nous détourner des arguments de la littérature psychanalytique contemporaine relative au processus anorexique.

* * * * *

Ph. JEAMMET (1986) tandis qu'il exposait les conflits d'identifications rencontrés à l'adolescence concluait son article en notant: " Le poids de la réalité externe ne peut être négligé dans le caractère traumatique, c'est à dire qui déborde les capacités d'élaboration psychique, des conflits propres à l'adolescence " (1986, p 189).

Etayant ses propos d'une illustration clinique, l'auteur démontrait combien **la réalité physique** pouvait avoir " un effet de dévoilement brutal de ses conflits inconscients (de l'adolescente) contribuant à mettre en échec l'effet protecteur et de pare-excitations du refoulement " (1986, p 189).

Ainsi, nous révélait-il **le caractère traumatique d'une réalité somatique.**

Quelques années plus tard, Ch. DEJOURS (1989), rendait compte de la double valence du corps, corps biologique, d'une part, cible des processus de somatisation; corps érotique, d'autre part, terreau de la subjectivité.

Et, réactualisant la notion de subversion, il la définissait comme " la lutte menée par le sujet pour construire un ordre psychique grâce auquel il tente de s'affranchir de l'ordre physiologique " (1989, p 7).

L'anorexique au travers de la restriction alimentaire, ne cherche-t-elle pas, elle-aussi, à se soustraire à l'ordre somato-physiologique ?

Face à la triade symptomatologique - anorexie - amaigrissement - aménorrhée - l'atteinte somatique devient une évidence; tandis que l'attitude psychologique de l'anorexique se révèle aux antipodes de cette réalité physique, externe.

" En effet, cette adolescente squelettique, au teint pâle, aux pommettes saillantes et aux yeux enfoncés, se déclare volontiers << en pleine forme >> " (J. D. GUELFY, 1976, p 271).

Effectivement, l'émaciation du corps, objectivée par autrui, est niée par l'anorexique. D'après H. BRUCH (1990), cette négation de la maladie induit un " soupçon presque automatique du thérapeute persuadé que le fait que le patient nie sa maladie indique une malhonnêteté de sa part " (1990, p 15); et cette représentation va d'autant compromettre l'instauration d'une relation de confiance.

Notre opinion est qu'il n'est pas certain que l'anorexique ne puisse s'exprimer sur sa maigreur. La divergence des conclusions concernant l'objectivation de l'image du corps (chp 1.1,p 36-37) pourrait être interprétée en ce sens.

Par contre, comme nous avons pu le soutenir par ailleurs, l'anorexique ne semble pas en mesure de l'exprimer à autrui, étant donné que sa reconnaissance induit une réponse alimentaire, essentielle à la reprise pondérale.

Il nous paraît également évident que sa réalité physique trouve une résonance avec une réalité psychique, traduisant un conflit identitaire.

Ce conflit identitaire, nous nous proposons donc de l'aborder, non comme B. BRUSSET (1995) au regard de la reviviscence du scénario oedipien à l'adolescence; ou comme Ph JEAMMET (1989, 1991, 1993) sous l'angle d'une problématique de dépendance, **mais dans son rapport au processus pubertaire.**

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Pour G. GONTIER (1984), " Du fait des modifications physiologiques et morphologiques introduites par la puberté, l'adolescent présente un constant remaniement du corps et de son vécu. Ces modifications corporelles et subjectives s'accompagnent d'une remise en question de sa position, face à son environnement, face aux valeurs reconnues jusqu'alors: elles s'accompagnent globalement d'un remaniement du sentiment d'identité " (p 667, p 668).

C'est dans cette perspective que, pour nous, l'interprétation de Ph JEAMMET (1993) prend tout son sens: " la fonction du trouble du comportement alimentaire [se révèle] comme pare-excitations et comme limite entre soi et objet Leur enlever leur comportement, c'est les priver de cette barrière, de cette limite, de cette néo-identité que constitue cette attitude de refus et les livrer sans défense au pouvoir de l'objet " (1993, p 240).

Tandis que globalement nous rejoignons les conclusions de cet auteur, notre compréhension diverge quelque peu dans le sens où ce n'est pas, pour nous le *comportement addictif* qui remplit cette fonction de pare-excitations *mais le corps lui-même*, qui s'offre littéralement, dans la réalité comme rempart physique et défensif afin de fortifier et réaffirmer la différenciation psychique entre le sujet et l'objet.

Si pour Ph JEAMMET, " les troubles des conduites alimentaires sont le paradigme: << ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace >> " (1993, p 242), nous serions tentée d'ajouter: << ...; et afin de ne pas être menacé, je n'ai pas besoin de ce corps que j'ai cessé d'habiter. >>.

Le conflit psychique ainsi exprimé, notre interrogation est la suivante:

Comment et pourquoi l'expression du conflit transite-t-elle et se focalise-t-elle dans le corps?

Quel événement, dans une possible liaison avec le temps pubertaire, réactive et organise une telle expression manifeste?

Quelle est la nature de cette poussée suffisante à déséquilibrer l'aménagement défensif?

Selon Ph JEAMMET, " cette utilisation du corps a une fonction de pare-excitations et vient renforcer un refoulement que les **changements corporels** en particulier, de la puberté ont menacé, débordant les capacités de l'appareil psychique à négocier les conflits " (1986, p 187); conflits d'identification réactivés à l'adolescence et dont le corps peut être l'expression.

Effectivement, nous convenons tout à fait que les modifications corporelles peuvent prendre valeur de menace, à tel point que le sujet entre en lutte avec son corps.

La puberté constitue une étape transitoire, véritable processus de mutation, affirmant le caractère autonome et sexué de l'être humain. En cela, l'adolescence symbolise l'achèvement du deuxième processus de séparation/individuation (JEAMMET, 1991), simultanément pour l'enfant et pour ses objets d'attachement; comme elle nécessite le réaménagement des investissements narcissiques et objectaux, autant pour le sujet que pour l'objet.

Se pourrait-il que ce corps en mouvement vienne menacer l'équilibre psychique du sujet en raison de l'influence des sensations intéroceptives associées aux modifications extéroceptives, qui devront être filtrées, identifiées, à l'intérieur de soi et intégrées.

Au fond, quelles informations véhiculent les modifications corporelles de la puberté?

Sinon, à notre avis, que ce **corps pourrait avoir une expression propre, indépendante du fonctionnement psychique du sujet** (si nous considérons la puberté sous l'angle physiologique, et alors la recevons comme effet de l'horloge biologique), **indépendante également de l'objet réel** (qui pas plus ne peut choisir l'époque de sa survenue).

Pourtant, la puberté dans son expression corporelle pourrait être difficile à accepter, voire douloureuse à intégrer ... probablement en raison du caractère menaçant qu'elle pourrait renfermer ... Mais pour qui ?

Pour le sujet lui-même, pour l'objet réel ou encore en raison de la nature de la relation préétablie entre sujet et objet avant l'avènement pubère ?

Au temps pubertaire, Sujet et Objet ne se rencontrent t-ils pas, au travers de leurs éprouvés respectifs étant tous deux confrontés à un même événement de vie. Ce dernier pourrait bien risquer de (ré)activer un sentiment d'impuissance, tant chez le sujet que chez son objet, tous deux se trouvant donc face à un processus somatique, physiologiquement et morphologiquement incontournable, peut-être répondrait au travers de son besoin de maîtrise permanent de son corps.

Avec WILTZER (1985), nous considérons que " l'anorexie mentale dans cette optique serait alors une possibilité d'évolution de la crise de l'adolescence au même titre qu'une évolution névrotique ou psychotique ... " (p 370).

Crise de l'adolescence ou crise de la puberté ?

L'adolescence, présentée comme l'aboutissement de l'enfance, marque également une époque de bouleversements. **A la puberté, le corps se met à parler.**

Pour MARCELLI et BRACONNIER (1992), psychosomaticiens, " dans la majorité des cas, le corps de l'enfant est silencieux Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du << bruit >> " (p 119).

DEBESSE, en 1941, développait déjà la notion de " crise d'originalité juvénile ", traduisant le caractère fulgurant de cette étape. L'auteur nous invitait à relativiser l'évaluation des conduites les plus atypiques de l'adolescent.

Temporaires, ces conduites rendraient compte de la désorganisation transitoire qui habite le sujet. Ainsi, elles participeraient à un processus " normal ", électif et réactionnel à l'événement pubère.

Dans cette perspective, il n'est guère étonnant que le corps occupe la place centrale, se tenant au coeur du conflit pubertaire. MARCELLI et BRACONNIER (1992) estiment que " la transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps que l'enfant avait pu constituer progressivement " (p 119).

Ph JEAMMET (1994) l'explique avec justesse; " l'adolescence est aussi considérée, plus d'ailleurs que véritablement décrite, sous l'angle d'une *crise*

d'adaptation à un corps nouveau, à des valeurs nouvelles et surtout à une force nouvelle, l'adolescent reprenant désormais à son compte une part importante de ce qui avait été délégué aux parents " (p1).

Ainsi, la puberté, autant qu'elle symbolise l'achèvement de l'enfance et l'accès possible au statut d'adulte, viendrait également signifier un changement de statut auprès des parents, lesquels se trouveraient potentiellement relégués à une autre place dans la dynamique intergénérationnelle.

Est-ce de cette mouvance, transgénérationnelle, dont l'avènement pubertaire serait la métaphore, que l'anorexique chercherait à s'extraire; comme fantasmatiquement elle tenterait de maintenir hors du temps ses objets d'attachement infantiles.

Cette délégitimation, évoquée par Ph JEAMMET (1994), comme échappant désormais aux parents, nous évoque le rôle premier de la mère, s'offrant comme pare-excitations, précurseur à la constitution et solidification moïque de l'enfant.

A la puberté, les limites corporelles sont à redéfinir et à réinvestir. Seulement, à cette période, la mère n'est pas en mesure d'assurer cette " fonction filtrante ", d'autant que ces stimulations ne proviennent pas de l'environnement extérieur, mais s'originent exclusivement à l'intérieur, dans le corps lui-même.

Le processus pubertaire serait aussi le garant du changement, du nouveau, de l'inconnu; la marque du temps qui s'écoule et qui fait donc transiter l'enfant par l'adolescence avant de devenir un adulte; ce qui aurait, pour conséquence, de remanier les relations à l'objet.

Seulement, au moment où l'adolescent se détourne des repères de l'enfance, il n'a pas encore trouvé ceux de l'âge adulte (JEAMMET, 1994). Du familier, il bascule dans l'inconnu, d'autant plus que quelque chose se met à gronder, et dont il objective la source comme émanant de soi. Son corps lui devient étranger.

Notre souci, transparaissant au décours de ces quelques précédents feuillets, est de démontrer que la puberté en tant que processus somatique a un retentissement psychique chez le sujet, mais aussi sur ses relations à l'objet réel comme intériorisé, que l'anorexique tente défensivement de maintenir à distance.

Or, le paradoxe de cette conduite défensive est que l'anorexique semble également chercher à préserver la relation, installée durant l'enfance, à ses objets d'attachement.

Tel un gel temporel, la conduite anorexique nous paraît exprimer le profond désarroi du sujet face à cette contradiction.

L'adolescence situe l'individu au coeur de la reviviscence du processus de séparation/individuation, objectivant l'autonomisation.

L'engagement dans ce processus nécessite le détachement progressif d'avec les objets infantiles; détachement qui va donc favoriser l'affirmation de l'individualisation du sujet.

En ce sens, la conduite anorectique se présente comme un compromis entre deux exigences vitales.

. L'une concerne le sujet, tentant de préserver son autonomie psychique; son discours ne revendique-t-il pas la reconnaissance par autrui de son indépendance et autonomie.

. L'autre s'adresse à l'objet infantile, objet de fixation, que le sujet cherche tout autant à protéger de la séparation.

J.L. VENISSE et Coll (1992) rappellent à propos des conduites d'addiction que " tout conflit synonyme de séparation trouve son écho au niveau parental et témoigne d'un déni de la différence des générations aussi bien que de la séparation inachevée d'avec leurs propres parents " (1992, p 16).

Aussi, l'anorexique ne pourrait se détacher de l'objet infantile, car cela reviendrait à l'abandonner. Cette conduite agie sur le corps équivaldrait à une régression dans le sens où manger = grossir = grandir (TILMANS - OSTYN, 1995).

Seulement, à l'anorexique, le troisième terme viendrait à manquer, ou du moins son sens serait tronqué, si nous considérons que grandir viendrait sous-entendre la disparition de l'objet. Dans l'imaginaire, le détachement avec l'objet infantile serait connoté d'un **fantasme mortifère**, que nous développerons ultérieurement comme à l'origine de notre hypothèse de recherche.

2.6) Pour une causalité somato-psychique.

D'après AGMAN et Coll (1994), " Le traumatisme pubertaire émerge avec une constance remarquable " (1994, p 9). La puberté implique des modifications corporelles importantes, et de nouvelles impulsions sexuelles font jour.

Pour Ph JEAMMET (1994) la puberté " est un facteur de réactivation des conflits infantiles et des angoisses de séparation comme de castration, favorisant la régression, la réactivation des fixations infantiles ainsi que la condensation temporelle que réalisent les effets d'après coup " (1994, p 397).

Nous avons abordé que durant cette étape, l'adolescent traverse, subit toute une série de pertes et de séparations, avec, au centre de ces conflits, **le corps**, avec lequel et parfois sur lequel l'adolescent va agir.

Le corps du pubère, de par les changements qu'il connaît durant cette période, se dénomme lui-même comme objet privilégié, moyen d'expression pour affirmer son identité individuelle et sociale.

Egalement est vouée à disparition la bisexualité de l'enfant. Dans son corps, l'adolescent ressent des tensions internes liées à l'émergence des pulsions sexuelles, en même temps qu'il observe des modifications externes. Il est maintenant pourvu de caractères sexuels secondaires, le dénommant homme ou femme.

Elaborant et intégrant son identité sexuelle, l'adolescent a à se séparer des imagos infantiles parentales et à se reconfronter aux imagos oedipiennes.

Relevant la spécificité du développement libidinal féminin, nous avons également vu que le nécessaire déplacement de l'investissement de l'objet d'amour sous-tend la perte de l'objet maternel primaire, qui d'après B. BRUSSET (1995) " est une perte narcissique, une perte de soi, du double semblable à soi " (1995, p 178). Et si " l'homme retrouve la mère dans la femme aimée, la femme, sauf par homosexualité, ne la retrouve que dans le rapport à son propre corps, à celui de sa fille et dans l'identification à son partenaire et/ou à son enfant " (p 179).

Seulement à la puberté, nous pouvons entendre que retrouver la mère dans le corps propre peut apparaître bien difficile tant l'image de soi, image corporelle, reste indéfinie, aux limites et contours flous. L'identification au partenaire ou enfant semble également irréalisable pour une pubère - du moins dans la réalité -.

Par contre, l'apparition des menstruations, dans ce qu'elle convoque de possibles changements corporels ultérieurs - en terme de grossesse - pourrait se présenter comme support de projections et nourrir toute une fantasmagorie inconsciente, en terme de perte du lien narcissique unissant le sujet à son objet primaire.

Et le pressentiment d'une telle perte pourrait venir susciter et/ou renforcer le désir de prolonger l'enfance, et ainsi de faire l'économie d'un travail de deuil, nécessaire à l'abandon d'une position infantile où l'anorexique chercherait à se maintenir.

En septembre dernier, D. MARCELLI (1996) a détaillé les éléments susceptibles d'expliquer l'apparition de l'anorexie mentale à l'adolescence. Son approche paraît judicieusement s'inscrire au coeur de nos hypothèses. En effet, cet auteur développe son argumentation autour de la question du processus pubertaire, et non plus de l'adolescence.

Pour lui, quatre éléments sont à prendre en considération, éléments en liaison directe avec la puberté:

- 1) la puberté et le besoin physiologique qu'elle provoque (en terme de dysrégulation des processus de faim et de satiété).
- 2) la puberté et les transformations du corps (notamment les transformations sexuelles).
- 3) la puberté et les interactions familiales : " l'adolescent a besoin de désapproprier ses parents de la propriété de son corps ..., il veut devenir sujet de son propre corps et en désapproprier sa mère " (1996, p 18).
- 4) la puberté et la dimension sociale (en terme de choix d'identifications nouvelles).

* * * * *

* * * * *

* * * *

Ainsi s'achève l'exposé des facteurs étiologiques, nous ayant secondairement introduit à notre hypothèse de recherche (que nous ne saurions tarder à développer), fondée sur l'éventualité d'une causalité somato-psychique, ayant ainsi à son origine un événement somatique. Celle-ci a été rendue possible dès lors que le clivage corps/psyché a été contourné et qu'il nous a été permis d'envisager simultanément l'impact corporel et le retentissement psychique d'un processus somatique, soit celui de la puberté.

CHAPITRE III
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE
DE RECHERCHE.

3.1) Hypothèse générale.

Si nous voulons être réducteur, il nous suffirait de croire que l'anorexie mentale relève de l'oralité et de ses avatars. Ainsi, aurions-nous porté l'accent sur la zone orale.

A un autre niveau, nous pourrions considérer la bouche comme une zone de transit corporel surinvestie par l'être humain dès son plus jeune âge ou encore comme un lieu de passage entre la surface du corps et son intérieur. D'après les neurobiologistes, la zone orale est " transitionnelle et joue le rôle d'intermédiaire entre les organes sensoriels périphériques et viscéraux, entre l'extérieur et l'intérieur " (SPITZ, 1968, p 35).

Les psychanalystes ont également accordé à cette bouche une attention particulière, lui réservant un rôle primordial pour le devenir libidinal, ainsi que pour l'organisation de la relation d'objet.

J. COSNIER (1987) l'explique fort justement: "la bouche condense les représentations de tant de zones et d'objets, et sa fonction métaphorise tant de buts pulsionnels qu'elle peut actualiser les impressions traumatiques les plus précoces et leurs après-coup " (1987, p 17).

Découverte et connaissance du monde se réalisent par cette bouche. Lieu de communication, elle permet discrimination, différenciation et échange avec autrui, qui aboutit à l'intériorisation d'une relation affective et à la naissance du Sujet, porteur du Désir.

" L'activité de nutrition fournit les significations électives par lesquelles s'exprime et s'organise la relation d'objet " (LAPLANCHE , PONTALIS, 1984, p 457).

Mais, cette bouche, qui " nourrit " psychiquement le sujet, profite aussi à sa croissance physique dans sa nécessaire fonction de nutrition biologique solitaire. Cependant, l'apport alimentaire dans ce registre du besoin n'est pas chose évidente pour tous; et cela l'est encore moins pour l'anorexique, qui, par son refus alimentaire, semble chercher à s'affranchir de l'ordre naturel somatique.

Pour C. BALASC (1990), la grammaire alimentaire peut effectivement être détournée: " la nourriture, dans sa nécessaire quotidienneté, absorbée par chacun d'entre nous, va revêtir soudainement le masque d'une inquiétante étrangeté par

l'enchevêtrement organique du corps et de l'aliment, que ce soit sous le sceau du " bon usage " ou dans le secret déferlement des pulsions " (1990, p 10); et ce, comme déjà souligné ci-dessus, car la bouche, réceptacle de nourriture, est aussi carrefour d'échanges, lieu d'où jaillissent langue et parole.

Dans cette problématique que représente l'anorexie mentale, le processus naturel de maturation physiologique a attiré notre attention.

Par son refus alimentaire, son amaigrissement ou encore son aménorrhée, c'est l'entité corporelle du sujet dans son ensemble qui est remise en cause.

Pourtant, tandis que les théoriciens dévoilent la triade symptomatique - Anorexie - Amaigrissement - Aménorrhée - , ils nous apparaissent accorder trop peu d'intérêt à la dimension corporelle, et plus précisément au mouvement régressif la concernant.

Une telle négligence est sans doute en rapport avec la tentation première de réduire l'anorexie mentale à un message délivré par l'apparence corporelle. Toutefois, sa traduction se complexifie dès qu'est révélé le paradoxe de ce message, tant sa valeur (en tant que message) est niée par le discours verbal du sujet.

De fait, les théoriciens se sont attardés à décoder le langage alimentaire que l'individu utilisait; l'amaigrissement et l'aménorrhée, le dysfonctionnement somatique dans son ensemble, n'étant que les résultantes du refus alimentaire.

A partir de ce constat, nous n'avons cessé de nous interroger quant à l'apparent caractère secondaire de l'atteinte corporelle.

Nous sommes arrivée à la conclusion que cette représentation était quelque peu réductionniste, partielle et partiale en raison de la moindre importance accordée au corps (écueil qui nous a semblé en relation avec les attitudes contre-transférentielles massives que suscite la rencontre avec l'anorexique; attitudes sur lesquelles il nous faudra revenir).

Aussi, afin de réhabiliter le corps au rang qu'il mérite, nous avons envisagé de décrypter non plus le langage alimentaire de l'anorexique mais le langage corporel du sujet.

Le corps n'est pas une simple enveloppe matérielle. Réservoir de toutes les énergies, psychiques y compris, il est aussi corps charnel, corps du désir, essence de la subjectivité.

Au premier abord, notre objectif pourrait apparaître au théoricien et/ou au clinicien, expérimentés dans la prise en charge de sujets anorexiques, comme un non-sens. En effet, la négation corporelle dont l'anorexique fait preuve est telle, qu'aborder cette question du corps avec l'anorexique semble difficilement réalisable - du moins dans un premier temps.

Seulement, et c'est là que s'origine notre élaboration théorique, nous postulons que cette négation corporelle n'est plus une évidence généralisable; et ce à partir de l'instant où nous nous intéressons au corps lui-même, et non dans son rapport avec la seule fonction alimentaire.

L'anorexique nierait les besoins alimentaires de son corps, mais peut être pourrait-elle toutefois l'exprimer sur son enveloppe corporelle. En fait, elle se comporte vis à vis de son corps d'une manière très ambivalente. Tantôt il est rejeté, nié (essentiellement dans son rapport avec l'alimentaire); tantôt, il est aussi surinvesti (en témoignent les préoccupations pondérales) et valorisé (dans l'élation de la maigreur).

Par là, nous estimons qu'un message est localisé dans le corps qui tend à disparaître en même temps que la perte de substance.

Dès lors, ce qui devient décisif dans l'appréciation et la compréhension analytique de cette perturbation des conduites alimentaires, ce sont les fantasmes sous-jacents à cette dissolution corporelle inscrite au coeur d'un processus somatique.

Aussi notre hypothèse générale sera centrée sur la prédominance d'un **fantasme matricide archaïque** réactivé par l'avènement pubertaire entendu dans sa fonction biologique.

Pour notre part, la fonction de la conduite anorexique entretient des rapports étroits avec le soma; en ce que la puberté donne accès au sujet à la fécondité et la maternité.

Transiter par cette étape entraîne un bouleversement de tout le système d'appartenance du pubère.

Cette potentielle maternité, rendue possible par la fécondité advenue, invite à une confrontation nouvelle fille-mère, dans le partage impossible de la maternité.

Potentiellement mère, la fille introduit une modification primordiale dans la dynamique intergénérationnelle. Bouleversements, mouvances auxquelles le système familial n'est pas préparé; et lesquels l'anorexique se refuse d'admettre en raison de la signification inconsciente qu'ils renferment: **le matricide**.

Dans la dynamique du fonctionnement intra-psychique de l'anorexique, le désengagement face à la relation de dépendance aux imagos infantiles semble voué à l'échec.

Autrement dit, l'anorexique échappant aux lois intergénérationnelles accueille dans une profonde confusion la réalité somatique de la puberté.

Ainsi, la puberté est imposée par un destin biologique irréversible; étape de croissance, elle renferme une inscription corporelle, qui fantasmatiquement chez l'anorexique sous-tendrait la disparition de l'objet d'attachement investi.

3.2) Hypothèses théoriques.

La conduite anorexique se propose de gérer la crise corporelle déclenchée par le processus pubertaire. Il s'agit d'une réponse somatique à un processus somatique. Dans le développement psychoaffectif normal, les modifications physiologiques inhérentes à la puberté se doivent d'être reconnues et assimilées pour le maintien de l'unité psychosomatique du sujet.

Cette étape intermédiaire est indispensable à la constitution et devenir de la personnalité du sujet . Si Ph JEAMMET (1989) révèle la potentialité traumatique de la puberté en présentant son double effet d'après-coup:

" révélation de la nature sexuelle génitale d'événements et de fantasmes de l'enfance; révélation des situations de dépendance non résolue de l'enfance et du pouvoir que celles-ci confèrent aux objets dont l'adolescent réalise brutalement << l'influence >> qu'ils exercent sur lui et la menace narcissique qu'ils représentent " (1989, p 189);

il nous apparaît évident que la puberté présente des effets actuels immédiats - et pas seulement des effets dans l'après coup - face au bouleversement de l'équilibre somatique.

La puberté a fondamentalement une inscription corporelle. Elle entraîne des modifications physiques importantes, qui nécessitent un travail psychique: l'assimilation, l'intériorisation des changements corporels.

Or, chez l'anorexique, ce bouleversement somatique échappe aux processus de mentalisation. AGMAN et Coll (1994) réactualisent " certaines caractéristiques de ces patientes: les difficultés associatives des anorexiques, l'absence de souvenir d'enfance, la pauvreté ou l'absence d'élaboration des fantasmes, évoquent des difficultés de liaison entre processus primaire et secondaire, une carence du rôle du préconscient " (1994, p 9).

Il devient alors aisé de percevoir combien la défaillance psychique de la secondarisation chez l'anorexique associée à l'impact traumatique de la puberté dans sa dimension physique induisent le recours à l'agir corporel.

Dans ce cas, la puberté peut être considérée comme une véritable **crise psychosomatique** insurmontable, infranchissable, et constituant une menace pour l'intégrité corporelle et l'équilibre psychique du sujet.

En référence au courant psychosomatique, nous avons envisagé la possibilité d'isoler une partie corporelle spécifique. D'après Ch. DEJOURS, " les somatisations symbolisantes sont annoncées par la parole du patient qui désigne à l'avance le lieu du corps qui sera impliqué dans le mouvement d'organisation de la pulsion. L'élaboration fantasmatique prend appui sur la partie du corps lésée, cependant que cette dernière guérit " (1989, p 27).

Mais, chez l'anorexique, aucune partie du corps n'est à proprement lésée. Cependant, il nous semble possible de repérer et d'isoler un lieu corporel, cible d'une représentation fantasmatique. Et ce lieu spécifique, dysfonctionnant par l'action du sujet à son endroit, correspondrait à une tentative de symbolisation d'une crise identitaire, atteignant secondairement l'entité corporelle du sujet dans son ensemble en raison de l'entrave somatique dictée par la restriction alimentaire.

Cette partie corporelle chez l'anorexique, nous l'avons dénommée partie ventrale, laquelle renfermerait ainsi pour nous une signification inconsciente, sous-tendue par une fantasmagorie mortifère.

Nous avons choisi de concentrer tous nos efforts sur cette zone particulière en raison du moment d'apparition de l'affection. Classiquement, le déclenchement de la symptomatologie coïncide avec le processus pubertaire lequel entraîne de nombreuses modifications corporelles.

Pour nous, à la puberté, la croissance deviendrait **métaphore de la maternité**. Le corps se métamorphose et offre la possibilité d'enfanter. La triade symptomatique de l'anorexie mentale se dévoile ainsi autrement. Nous poserons donc que:

- si l'anorexie est un refus alimentaire, il est aussi refus de grossir et au delà refus de grandir.

- l'amaigrissement correspond à une véritable régression corporelle face à l'évolution ontogénétique qui comprend la maturation sexuelle, permettant la reproduction de l'espèce. Dans cette optique, nous nous référons ici au corps somatique de l'enfant et non au corps libidinalisé par la reviviscence du scénario oedipien.

- l'aménorrhée correspond à la finalité inconsciemment recherchée et signe le refus de s'engager, au travers de la fécondité, sur la voie de la maternité et ainsi d'être confrontée à l'imgo maternelle.

Enfin, nous mettrons en évidence le rapport existant entre le refus, recul face à la maternité et le matricide symbolique dont l'impact est d'autant plus prégnant chez l'anorexique qu'elle présente des difficultés à intégrer la loi de la différence des générations en raison de la logique temporelle qu'elle convoque, donc de percevoir la réalité édictée par l'ordre naturel, soit la réalité de la mort.

En conclusion, l'émergence de la conduite anorexique serait une tentative de résoudre un conflit psychique identitaire, dont l'origine s'enracine sur la signification - en termes de fécondité et de maternité - que renferme l'événement pubertaire. Et l'aspiration à la croissance ferait naître le fantasme mortifère sur l'objet infantile.

CHAPITRE IV
PUBERTE, INVESTISSEMENT DU CORPS
ET SES AVATARS.

Afin de nous introduire au coeur de ce chapitre, nous avons envisagé d'interroger diverses autres qualités d'investissements corporels, et ce dans l'objectif, par une approche différentielle, de dégager ultérieurement la ou les spécificités du rapport au corps chez l'anorexique et sa relation avec l'avènement pubertaire.

4.1) Perspectives différentielles: réflexions préalables.

Avant toute autre chose, il nous faut préciser notre motivation actuelle pour ne pas jeter la confusion dans l'esprit du lecteur.

D'ores et déjà, nous soulignons que notre stratégie méthodologique ne prévoit nullement de conduire une étude comparative.

D'autre part, nous souhaitons que le lecteur garde à l'esprit, à la fois notre position selon laquelle nous considérons l'anorexie mentale comme une entité clinique à part entière; et, par extension, notre souci de veiller à ne pas tomber dans l'écueil de la diversité nosographique des formes cliniques de l'anorexie mentale, auparavant présentée (chp 1.2.) et génératrice de confusions.

Au demeurant, ce chapitre exprime donc notre volonté de circonscrire et d'élaborer sur un plan théorico-clinique strictement différentiel la qualité de l'investissement corporel chez l'anorexique, comparativement à d'autres modalités de fonctionnement et d'investissements corporels. Cet intérêt de porter attention à d'autres fonctionnements s'étaye sur le constat que la conduite anorexique ne relève pas d'une structure spécifique mais peut-être rencontrée dans divers champs structurels (JEAMMET, 1993).

Aussi, afin de délimiter cette place réservée au corps chez l'anorexique, il nous a semblé opportun de l'envisager à l'instar de registres structurels bien distincts, et pour lesquels le rapport au corps a déjà été conceptualisé. Nous avons retenu trois modèles, en la présence des fonctionnements, hystérique, schizophrène et psychosomatique.

Ce choix, d'aucuns pourraient le qualifier d'arbitraire, ou du moins de non exhaustif. En la matière, nous répondrions que, par cette option, nous balayons un pan structurel important de la névrose à la psychose. Et puis, notre souci de

toujours maintenir la liaison entre psyché et soma ne pouvait que nous induire à retenir le fonctionnement psychosomatique.

Certains pourraient également contester le primat accordé à l'hystérie dans le champ de la névrose, ou à la schizophrénie dans le champ de la psychose.

A cela, il nous a semblé approprié de retenir le modèle hystérique afin de se pencher sur la face prévalente de l'investissement corporel; soit la dimension libidinale - **corps érotisé** -.

Quant au modèle schizophrénique, il nous est apparu être au plus près de la lutte dans laquelle le sujet est engagé, afin de maintenir unifiée son identité corporelle - **corps réel** -.

Enfin, le modèle psychosomatique dévoile une toute autre qualité d'investissement corporel au travers d'un fonctionnement dominé par une pensée opératoire, et dans lequel le réel, au travers de l'atteinte corporelle, fait irruption. Cette référence nous permettra secondairement de proposer des éléments de réflexion autour de la notion de **somatisation**.

En conclusion, cette approche, nous semble-t-il, offre un certain avantage: celui de confronter trois modalités très diversifiées de l'investissement corporel à celui de l'anorexique, en espérant que ces premières puissent éclairer les caractéristiques de cette dernière, et qu'ainsi il nous sera permis d'appréhender la (ou les) liaison(s) entre l'énergie psychique et l'innervation somatique.

Nous nous appuyerons également sur ces développements différentiels afin de soutenir notre compréhension sur la finalité et le sens du rapport au corps chez l'anorexique.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

4.11) Le fonctionnement hystérique.

4.1.11) Le rapport au corps chez l'hystérique.

Avant d'aborder l'investissement corporel de l'hystérique, nous souhaitons rapidement rappeler quelques propos concernant l'image du corps du névrosé.

G. PANKOW (1973), évoquant la différence entre le corps morcelé du névrosé - " corps qui peut sacrifier des parties sans perdre son unité " (p 23) - et le corps dissocié du psychotique, chez qui l'unité corporelle est détruite, conclut:

" Si le corps apparaît dans son discours sous une forme mutilée ou morcelée, le névrosé reste capable de reconnaître en tant que telles, à la fois les parties qui manquent ou qui sont séparées entre elles, et la totalité à laquelle se rapportent les parties. Ainsi, même une partie du corps peut arriver à figurer la totalité de celui-ci sans qu'il y ait destruction et sans que l'image du corps entier soit détruite " (p 275).

Le corps du névrosé est un " corps qui parle ", et le langage corporel est porteur de significations inconscientes, en exergue chez l'hystérique.

Mesurer la qualité de cet investissement corporel chez l'hystérique, c'est s'adresser au corps érotique, " terreau de la subjectivité " pour reprendre l'expression de Ch. DEJOURS (1989).

Aussi, déchiffrer le symptôme hystérique nécessite la référence au modèle symbolique. Le corps réel n'est pas ici en question .

L. KREISLER, pour ne citer qu'un praticien parmi nombre d'auteurs, rappelle que " le propre du phénomène de conversion est de ne comporter aucun support biologique ou physio-pathologique objectivable ... L'hystérique parle par son corps, ...; le corps est pour l'hystérique un instrument " (1985, p 2).

Quelle est la nature de cet " instrument " ? Cet instrument est à inscrire dans la chaîne du signifiant.

Dans l'hystérie de conversion, le conflit psychique est symbolisé dans les symptômes corporels. Ceux là traduisent par le corps - devenu instrument - des représentations inconscientes.

Par l'oeuvre du refoulement, l'énergie libidinale détachée de la représentation, est transposée dans le corps. Ainsi, le symptôme somatique traduit l'inscription corporelle de représentations refoulées et déguisées par les mécanismes de déplacement et de condensation.

A notre époque, les mécanismes de conversion hystérique sont beaucoup moins fréquents qu'auparavant; tandis que les manifestations d'ordre psychique sont devenues prégnantes. Les paralysies hystériques, décrites dans les travaux de CHARCOT entre 1880 et 1890 tendent vraisemblablement à disparaître.

BERGERET et Coll (1986) proposent une généralisation, sur laquelle nous prenons appui, permettant de ne pas opposer la conversion somatique au symptôme psychique.

" Il n'existe en réalité pas de solution de continuité car ces symptômes psychiques restent essentiellement des mouvements du corps qui échappent à leurs auteurs et doivent donc eux aussi être considérés comme de véritables conversions somatiques " (1986, p 154).

Un double mouvement de séduction-retrait est repérable, témoignant de " cette véritable ambivalence au niveau du corps qui est le signe distinctif de l'hystérie... L'aisance du corps doué d'une véritable ubiquité donne l'aspect théâtral qui souligne du même coup la nécessité d'avoir des spectateurs " (1986, p 155).

En vérité, " la plasticité de la symptomatologie hystérique suit ainsi des règles culturelles implicites qui la situent dans la marge entre la norme et la folie, au lieu exact où elle peut <<interpeller >> l'autre " (CELERIER, 1989, p 39).

Pour conclure, dans la problématique hystérique, le corps est mis au service de la psyché, et révèle la nature libidinale du conflit psychique.

J. Mc. DOUGALL (1989) écrit: " Le symptôme hystérique classique, on le sait, se manifeste par un dysfonctionnement corporel quand une des parties du corps, un organe des sens par exemple, devient le support d'une signification symbolique inconsciente. Cette partie peut devenir l'équivalent inconscient de l'organe sexuel,

et cesser de fonctionner normalement si une inhibition massive frappe la sexualité adulte " (1989, p 30).

4.1.12) Hystérie et anorexie.

La nature libidinale de l'investissement corporel de l'hystérique étant précisé, nous nous proposons de l'exposer au regard de l'anorexique; étant entendu que notre intérêt pour le corps s'inscrit directement et d'emblée au coeur d'une rencontre intersubjective entre le sujet et son objet. Dire que le symptôme prend corps, s'est donc dire que le sujet se réadresse un message qui lui est venu de l'Autre et que littéralement le sujet incorpore.

Dans cette perspective, en commun à ces deux affections, l'usage du corps comme moyen d'action sur autrui est une évidence; toutefois, le rapport au corps s'actualise bien autrement.

Là où l'hystérique donne ou se donne à voir dans sa représentation théâtrale se soumettant au regard de l'autre, exhibant avec son corps en même temps qu'à son corps défendant la trace du désir de l'Autre; la rencontre avec l'anorexique interpelle également - de par sa maigreur objectivée (par l'autre) -, tandis qu'elle pose l'injonction que rien de son corps n'est à voir, à traduire, que rien ne relève de la signification.

Comme B. BRUSSET (1985), nous observons que l'anorexique ne joue pas de l'effet de son corps sur autrui, à la manière théâtrale de l'hystérique; même si à l'évidence, sa présentation physique induit une vive réaction chez l'autre. Si l'hystérique " utilise " son corps dans une dimension séductrice, favorisant un recentrage autour de sa personne; l'anorexique tente, quant à elle, à l'annihiler. Elle opère en fait une franche " décentration corporelle ", qu'elle entend également soumettre à autrui.

Pour Ch. FLAVIGNY, " Là où l'hystérique affiche une hyperséduction, l'anorexique n'ose même pas se risquer à une attitude séductrice " (1985, p 614).

Plus loin, il ajoute: " Hystérie et anorexie font ainsi appel au corps, mais de manière différente. La conversion correspond à une énergie psychique, de nature libidinale, déplacée sur une fonction corporelle; chez l'anorexique, le déplacement sur le corps est différent: massif (le corps entier est impliqué), désésexualisé,

dépourvu de sa charge libidinale. Là où le déplacement dans le symptôme de conversion correspond à une représentation fantasmatique, le déplacement massif sur le corps correspond chez l'anorexique à une représentation idéalisée, désexualisée. " (1985, p 616-617).

Le corps de l'anorexique s'en trouve réduit à une pure alchimie, corps amputé du champ sensible, émotionnel. Corps mécanique, fonctionnel, déserté de toute source libidinale.

Si l'objectivation de la maigreur se fait l'écho d'un trouble de la perception de l'image du corps, l'expérience clinique fait remarquer que cette minceur croissante procure à l'anorexique un certain bien-être. Elle la plonge dans un si fort sentiment de triomphe, d'élation qu'elle en nie du même coup le danger auquel elle s'expose; ou plutôt auquel elle " l " expose, ce corps, cette mécanique dont elle ne fait pas sienne, qu'elle n'arrive pas à s'approprier.

Mais comment pourrait-elle l'envisager, à l'instar de ce que représente cette maîtrise exercée **sur** elle-même et surtout **par** elle-même, et jouissant sans doute de ce qu'elle vient signifier à l'autre, mis en position d'impuissance.

Les propos de B. BRUSSET illustrent fort justement cette place réservée à autrui: " la clinique de certains cas rend manifeste, sinon " l'effort pour rendre l'autre fou ", du moins l'impact violent sur l'entourage ..., non pas un bénéfice secondaire de la " maladie ", mais un bénéfice primaire d'une conduite symptomatique qui admet comme un de ses buts l'effet produit sur l'autre " (1988, p 21).

Ainsi, la symptomatologie sous-tend des modifications au niveau des relations interpersonnelles, marquées par une violence certaine; violence à la mesure de celle dont l'anorexique peut faire preuve à l'encontre de son corps, l'amenant à nier le besoin nourricier, nécessaire à la survie de tout être humain.

Cette violence que l'anorexique agit à l'adresse de son corps implique des conséquences sur son ensemble, voué à l'amaigrissement et à l'aménorrhée; tandis que chez l'hystérique le dysfonctionnement corporel ne concerne qu'une de ces fonctions, devenue support d'une signification symbolique.

Chez l'anorexique, la désorganisation totale du rapport au corps ne semble renfermer un caractère libidinal si manifeste.

Pour BRUSSET (1995): " d'abord décrite comme anorexie hystérique, l'anorexie mentale a été interprétée par les psychanalystes en référence au modèle des stades du développement libidinal, donc comme étant déterminée par la régression vers des fixations orales ... A partir de 1965, la centration sur les anomalies des rapports avec le corps et les besoins, sur les interrelations familiales, sur les rapport avec la boulimie, a suscité le développement de nouvelles perspectives " (1995, p 170).

Ce constat, ouvrant le débat sur de nouvelles perspectives, nous invite à considérer le corps dans sa réalité - **corps réel** - auquel la clinique des psychoses nous confronte.

Mais, avant cela, nous retiendrons de ce sous-chapitre qu' **hystérie et anorexie** sont aujourd'hui clairement **différenciées**. Et plus particulièrement, au regard de notre intérêt grandissant pour **la dimension corporelle**, qui dans le cadre du processus anorexique sera ultérieurement **pour nous représentée dans la triade symptomatique par ce symptôme aménorrhéique**, nous gardons à l'esprit la compréhension de CORCOS, JEAMMET et Coll (septembre 1997):

" l'aménorrhée s'inscrit dans **un mécanisme de somatisation** plus que de conversion hystérique (c'est à dire un mécanisme plus archaïque et plus verrouillé qu'un mécanisme névrotique; la maîtrise étant à la mesure de la menace identitaire) "; (1997, p 429); mécanisme de somatisation que nous rappelons examiner dans un troisième temps.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

4.12) Le fonctionnement schizophrénique.

4.12.1) Le rapport au corps du schizophrène.

Afin d'appréhender le monde corporel du schizophrène, nous nous appuyerons essentiellement sur les écrits de G. PANKOW (1973, 1977).

Cet auteur a retenu notre attention pour deux raisons.

La première est que chacun peut mesurer l'ampleur de ses travaux, et notamment ceux se rapportant à l'image du corps chez le psychotique.

La seconde est que ses considérations, formalisées quelques vingt ans plus tôt, sont toujours actuelles.

Dans son ouvrage " l'homme et la psychose " (1973), G. PANKOW distingue deux fonctions fondamentales, constitutives de l'image du corps.

" La première fonction de l'image du corps concerne uniquement sa structure spatiale en tant que forme ou Gestalt, c'est à dire en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité " (1973, p 23).

Cette première fonction ferait défaut pour le schizophrène, chez qui l'unité de la forme est détruite. Nous serions là témoin d'une dissociation corporelle - **corps dissocié** -.

" Pour le schizophrène, chaque partie du corps est un corps entier ..., l'image de la totalité du corps est elle-même détruite " (1973, p 277).

Autrement dit, une partie corporelle prend la place de la totalité du corps. Une de ses parties n'est plus reconnue en tant que partie, qui, reliée aux autres parties, fonde la totalité, et au-delà l'unité corporelle.

" Très souvent, ce n'est qu'une partie du corps que le malade ressent comme existante, mais elle prend pour lui la place de la totalité de son corps " (1973, p 25).

H. BRUCH, sensibilisée à la dynamique familiale décrit " un processus de pensée dédoublée ... Ce type de pensée (où l'on essaie de continuer à penser en même temps qu'on cherche à connaître les réactions et les motivations parentales) est typique des anorexiques" (1990, p 64).

Ce fonctionnement psychique aurait-il un retentissement dans la déliaison opérée entre la psyché et le soma.

Les exigences psychologiques pourraient-elles avoir une répercussion au niveau des besoins primaires ?

Dans cette perspective, le signifiant, plutôt que de manquer, ne pourrait-il pas être redoublé; redoublé par le signifiant de l'autre et s'exprimant au travers de cette recherche anticipée de l'anorexique des attitudes parentales, et plus particulièrement de l'éprouvé maternel.

Quelle signification revêt cette évacuation du corps dans le réel de la chair ?

Cette dénégarion de la réalité du corps propre (KESTEMBERG et DECOBERT , 1972), ou encore ces perturbations de l'image du corps présentant un aspect délirant (BRUCH, 1975) ne semblent pas, pour nous, s'inscrire dans un processus psychotique.

C. YELNIK rapportant la prise en charge d'adolescents psychotiques écrit: " ... on ne se rend compte à quel point ils << n'habitent >> pas, ne maîtrisent pas leur corps " (1988, p 591).

L'anorexique, quant à elle, paraît avoir << déshabité >>, déserté son corps réel dans l'objectivation que nous, autres, pouvons en faire, alors que d'intenses préoccupations corporelles fondées sur une totale subjectivation prédominent.

Récemment, M. RUBY et I. SALEM, réalisant la critique de l'ouvrage de G. POUS " Thérapies corporelles des psychoses " (l' HARMATTAN, 1995), concluaient:

" Le corps dans la relation à la mère interdit le retour à la fusion. Il est inéluctablement pour la mère et l'enfant le signe de la séparation. Le corps porteur de désirs et obstacle à la fusion est désinvesti. Les plaintes corporelles seraient

comme le délire << une tentative de restitution, de réinvestissement d'une réalité perdue >> (A. GREEN.)" (1996, p 575).

Quelle réalité perdue l'anorexique chercherait-elle à réinvestir ?

Se pourrait-il que cette réalité soit en rapport avec le processus pubertaire ?

A la puberté, une réalité somatique advient: la capacité à enfanter. Cette potentialité, nous ne cessons de le répéter, introduit un réaménagement nécessaire dans la relation mère / fille, dans un désengagement de l'enfant. / fille par rapport à sa propre mère, pour une position nouvelle, celle d'une fille en mesure d'advenir mère à son tour.

Mais détournons-nous de ces considérations pour l'instant afin de retenir que l'anorexie touche au corps réel, mais dans une problématique bien distincte du processus schizophrénique.

C'est dire que l'unité corporelle de l'anorexique est construite. C'est aussi réserver au dysfonctionnement corporel une signification inconsciente. Ainsi, le conflit psychique, à défaut d'être élaboré, intégré, s'exprime, est agi sur le corps réel, délibidinalisé, dysfonctionnant.

Ce corps, qui dans la réalité présente un dysfonctionnement somatique est également en question dans les affections psychosomatiques, auxquelles nous allons maintenant nous référer, afin de poursuivre notre exploration du rapport au corps.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

4.13) Le fonctionnement psychosomatique.

4.13.1) La relation au corps dans le fonctionnement psychosomatique.

Les recherches des psychosomaticiens d'orientation psychanalytique ont favorisé la création de concepts, décrivant la « personnalité psychosomatique ».

Les travaux cliniques se réfèrent, entre autres, aux concepts de dépression essentielle (P. MARTY, 1966) et de pensée opératoire, prévalant dans ce type de fonctionnement mental (P. MARTY, M. De M'UZAN, C. DAVID, 1963).

La vie psychique, intellectuelle, fantasmatique et onirique, est réduite à un rôle pragmatique et instrumental. Le sujet apparaît comme coupé de son inconscient et privé de toute charge émotionnelle et affective.

D'après BERGERET et Coll, l'énergie libidinale " échappe aux manipulations mentales d'élaboration et d'intégration, et perturbe telle ou telle organisation fonctionnelle somatique " (1986, p 216).

Le corps devient ainsi le lieu d'expression du dysfonctionnement psychique de la personnalité.

En 1959, M. BOSS considérait déjà la maladie psychosomatique tel un enlèvement dans la corporéité.

Progressivement, de nettes différences sont apparues afin de différencier le fonctionnement psychosomatique d'autres, impliquant également le fonctionnement corporel; et ce, même si des auteurs comme VALABREGA (1966) aient pu parler de conversion psychosomatique.

L. KREISLER, en 1976, écrivait: " Notre expérience nous a incité à nous accorder aux idées des psychosomaticiens de l'école psychanalytique de Paris quand ils refusent d'attribuer un sens symbolique à la maladie physique. « Le propre du trouble psychosomatique est d'être bête » dit de M'UZAN " (1976, p 107).

Quelques dix ans plus tard, KREISLER réaffirme ses propos: " la pathologie psychosomatique engage des désordres authentiquement organiques. Elle ne peut

pas être lue selon le modèle symbolique de la névrose conversionnelle " (1985, p 2).

Ainsi, la lésion organique serait dépourvue de sens et ne révélerait aucune signification symbolique. Dans la conception de P.MARTY et de ses adeptes, les phénomènes d'ordre somatique ne seraient pas à l'origine du désordre somatique. Ce dernier proviendrait non pas des liens entre le soma et la psyché, mais plutôt de leur absence de liens.

J. Mc DOUGALL estime quant à elle " que chez le psychosomatisant, le corps lui-même a un fonctionnement autistique " (1982, p 179).

En 1989, elle apporte des précisions sur le fonctionnement somatique autistique, qui apparaît " détaché des messages affectifs de la psyché en termes de représentations verbales, réduit à des représentations de choses très fortes ... " (p 59) mais qui permettrait de préserver intact le rapport à la réalité extérieure.

Elle estime que " le <<sens>> est d'ordre présymbolique et court-circuite la représentation de mot " (1989, p 34). En cela, elle reprend les conclusions de J. BERGERET et Coll (1986) qui, en référence aux travaux de SPITZ sur l'hospitalisme considèrent que " les malades psychosomatiques paraissent bien avoir présenté une fragilisation de cet ordre au début de leur développement, au stade pré-objectal plus précisément, âge pré-verbal où l'organique et le psychologique, le physiologique et le relationnel sont indistincts, et où l'indifférenciation sujet-objet rend le sujet extrêmement dépendant de sa mère " (1986, p 215).

Cependant, la même année une approche originale est développée par Ch. DEJOURS (1989) prônant l'existence de " **somatisations symbolisantes** ". Son expérience clinique l'incite à conclure que certaines somatisations pourraient s'inscrire au coeur d'un processus de réorganisation psychique, et non plus au sein d'une désorganisation progressive, décompensant sur le mode somatique.

D'après Ch. DEJOURS, " si le symptôme somatique ne se déchiffre pas comme un symptôme névrotique, ce à quoi nous souscrivons totalement, cela n'implique pas que la somatisation n'ait aucun sens, mais bien plutôt qu'il faille le chercher ailleurs que dans la sexualité psychique, le conflit oedipien ou la culpabilité névrotique " (1989, p 32).

En cela, une première articulation avec nos hypothèses semble possible, dans la mesure où nous souhaitons nous écarter des considérations psychanalytiques retenues par un auteur comme B. BRUSSET (1995). Nous rappelons que ce dernier aborde la problématique anorexique sous l'angle de l'oedipe, approche à laquelle nous ne souscrivons pas totalement, car elle n'englobe pas tous les ordres de causalité qui peuvent générer le trouble anorexique, ne rendant pas compte, entre autre, des liens unissant psyché et soma.

Tandis que nous évoquons le fonctionnement psychosomatique, nous désirons en fait dévoiler un investissement corporel particulier et appréhender équitablement le fonctionnement somatique dans ses liaisons au fonctionnement psychique: le corps réel de l'anorexique - quoique le sujet en dise - ne devient-il pas malade? N'est-il pas lui aussi en souffrance?

Nous rejoignons tout à fait J. CAÏN (1973) lorsqu'il définit le symptôme dit psychosomatique comme mettant en cause la réalité. Ce symptôme a un sens dans l'historicité du sujet et est sous-tendu par des fantasmes. Il n'est donc pas "bête", comme l'ont affirmé les précurseurs psychosomaticiens.

Toute représentation est aussi de nature corporelle. L'homme ne pense pas seulement avec sa psyché, mais avec son corps tout entier.

M. SAPIR (1980) considère, "à la suite de H. EY (1955), le corps comme une structure organisée avec ses lois propres, mais soumise à des motivations qui l'actionneraient vers la jouissance, la préservation, l'action ou la passivité dès la naissance " (1980, p 70).

Récemment A. FOURNIER (1995) rappelait: " Pour qu'il existe du symbolique il faut évidemment qu'il existe d'abord du réel " (1995, p 47).

En 1996, SERRANO et Coll envisagent la prise en charge d'enfants et de jeunes adolescents anorexiques qui, pour eux présentent là, des manifestations << psychosomatiques >> et ainsi mesurent toute l'importance qui doit être accordée au corps réel.

Ils estiment que: " le pédiatre devient en quelque sorte le garant de la vie de la patiente, protecteur du corps vital (corps somatique, corps réel, corps en soi). Pour nous cette protection est primordiale puisqu'elle ouvre la possibilité à une réappropriation subjective et réaliste du corps (corps pour soi) comme condition d'ouverture à l'historicité de l'existence et à la prise de parole du sujet désirant " (1996, p 359).

Aussi, la conception de Ch. DEJOURS nous offre la possibilité d'envisager le rapport au corps de l'anorexique sous une autre perspective.

Reprenant son élaboration, nous retenons sa position " Renoncer définitivement à chercher une signification dans la somatisation reviendrait à abandonner l'interrogation du sujet sur l'inconscient et à désertir du même coup le champ de la psychanalyse, en entrant dans celui de la psychosomatique. La question de la signification de la somatisation est indissociable de la question dite du << choix de l'organe >>. On ne peut répondre à la première question que par la réponse à la seconde. **Si la somatisation n'est pas bête, son intelligence ne peut se manifester que dans la zone du corps (dans l'organe, dans la fonction, ou dans la régulation physiologique) qui est le point d'impact du processus de destruction** " (1989, p 32-33).

Une seconde articulation nous paraît ainsi réalisable.

Il est aisé d'admettre que la nourriture participe à la régulation physiologique.

Si l'organisme est privé de cet apport nutritionnel, sa destruction est assurée. Dans cette perspective, il nous faudrait inscrire la restriction alimentaire de l'anorexique dans un processus de destruction, laissant à l'oeuvre l'instinct de mort.

Mais sur quelle zone corporelle se focaliserait le processus destructif avant d'atteindre le corps tout entier. Peut-être chercherait-il avant tout à atteindre cette nouvelle fonction que la puberté a offert à la jeune fille ... et ainsi viser à son annulation ?

* * * * *

* * * * *

* * * * *

4.13.2) Psychosomatique et Anorexie.

Nous attardant sur un article déjà ancien de Ph. BOURGEOIS (1973) relatant son évaluation du vécu corporel de sujets anorexiques en recourant à la relaxation selon la méthode de J. de AJURIAGUERRA (1960), l'auteur remarque que " les références à la surface du corps étaient peu fréquentes, et lorsqu'il y était fait allusion, c'était toujours pour exprimer une impression de déformation de cette surface (...). Ce qui dominait c'était des sensations siégeant à l'intérieur. " (1973, p 101).

De ces observations, Ph. BOURGEOIS conclut: " ce qu'elles vivent, elles le vivent en elles-mêmes, dans le corps ". (1973, p 115).

Un ressenti intérieur semblerait bien possible à éprouver, mais peut-être pas à exprimer, par manque de mots. En effet, les anorexiques présentent une inhibition fantasmatique, des difficultés associatives. (AGMAN, 1995).

Mais, peut-être également, elles ne peuvent "partager" cette expérience sensorielle avec autrui, Ph BOURGEOIS émet l'hypothèse " d'une défense contre le regard, ce regard d'autrui qui traverse ce corps sans protection, sans armature. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs noté ce refus d'être exposé au regard d'autrui " (1973, p 74).

C'est à l'exposé de ces ressentis que cet article trouve pour nous son importance. Qu'ils soient à la surface du corps ou orientés vers l'intérieur, ces ressentis nous semblent se localiser autour d'une zone corporelle spécifique que nous avons dénommé " zone ventrale ".

Autour de cette partie corporelle spécifique, divers contenus fantasmatiques s'articulent témoignant de la confusion entre le corps maternel et le corps du sujet et renvoyant dans le processus associatif à un fantasme de grossesse et/ou de viol.

Ainsi, il nous semble possible de dégager la spécificité d'une zone corporelle, soit la **partie ventrale**, accueillant puis transformant en énergie, sous l'effet de la digestion, l'alimentation ingérée.

Une fois recueillie et transformée, cette énergie va pouvoir être distribuée à l'ensemble du corps, en raison des besoins physiologiques.

C'est sans doute dès ce moment que nous risquons de nous méprendre car il nous faut mesurer que c'est une seule partie du corps qui secondairement va agir, avoir un effet sur son ensemble.

En effet, il ne s'agirait pas de confondre cette partie ventrale spécifique, qui par extension, " en accueillant l'alimentation puis en nourrissant le corps ", va générer des conséquences au niveau de la totalité du corps, qui (comme nous le savons chez l'anorexique) va subir des perturbations somatiques générales et importantes, soit un arrêt de croissance puis une régression qui laisse du corps une image cadavérique.

Aussi, nous sommes tentée d'isoler une partie corporelle, lieu d'expression du conflit psychique, c'est à dire un symptôme, qui par retentissement physiologique, englobera secondairement la totalité du corps; tout comme une lésion organique spécifique peut entraîner le dysfonctionnement d'autres organes.

Cette réponse somatique objectivée par l'atteinte portée au corps réel aurait-elle une signification symbolique ? A cette question, A. FOURNIER semble nous proposer une réponse: " ... lorsque (le) lien entre réel et symbolique est altéré, comme dans l'anorexie, le psychiatre n'a pas à choisir entre le réel du corps et le symbolique du symptôme, il prend les deux! C'est dans cet entre-deux que le thérapeute doit opérer " (1995, p 48).

Ainsi, il n'y aurait pas à choisir entre les dimensions réelle et symbolique, mais plutôt à tenir compte des deux ... Alors se pourrait-il que l'élaboration fantasmatique prenne appui sur cette partie du corps et quelle en serait l'origine ?

La partie ventrale pourrait être définie comme représentant le lieu de la sexualité, mais également le siège de la maternité.

Prenant appui sur l'élaboration freudienne (Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905), Ch. DEJOURS (1989) rappelle que l'organisation du corps érotique transite par l'étayage de la pulsion sur la fonction physiologique.

Progressivement, la pulsion se dégage partiellement de l'instinct. Et le désir du sujet advient en s'étayant sur le registre du besoin.

Parfois, nous dit Ch. DEJOURS, celui qui cherche à devenir sujet de son désir " peut même aller trop loin dans cette direction et affirmer que sa bouche ne lui sert

qu'au plaisir; il devient alors anorexique pour caricaturer son affranchissement par rapport au registre du besoin " (1989, p 118).

Mais quel désir, l'anorexique ne pourrait-elle énoncer autrement qu'en recourant au registre du réel tout en le niant ...?

La nature de ce désir est-elle fondée sur la réactivation oedipienne à l'adolescence, et/ou est-elle en liaison avec le processus pubertaire, sous-tendant des modifications physiologiques et morphologiques et permettant d'accéder à la maternité ?

D'après J. Mc DOUGALL, " le déni de telle ou telle partie du corps ou de telle ou telle fonction comme la forclusion de pensées chargées d'affects, constitue une tentative du petit enfant pour empêcher la rupture de l'indissoluble lien mère-bébé. De même, surgit le fantasme que la mère ou l'enfant sera mis en pièces ou cessera d'exister si cette identification primaire n'est pas maintenue " (1989, p 64).

Si comme nous l'estimons, il n'était pas à l'origine question d'un déni corporel à l'oeuvre chez l'anorexique, mais plutôt d'un déni concernant une partie du corps spécifique, quelles représentations inconscientes pourraient être associées à la partie ventrale ?

Fort éloigné de l'approche de P. MARTY pour qui, nous l'avons vu, la maladie organique ne résulte pas d'un effet de sens mais bien d'une carence du fonctionnement mental, dans la conception groddeckienne (J. CHEMOUNI, 1994), tous les troubles corporels sont la conséquence du Ca et ont une signification. Sur ce dernier point, nous semble-t-il, l'oeuvre de GRODDECK pourrait être rapprochée de Ch. DEJOURS (1989).

D'après G. GRODDECK, l'expression psychosomatique n'est pas un état mais renvoie à une essence, celle de l'être humain, essence même du ça; c'est à dire à son unité psyché-soma, à laquelle se réfère tout discours, qu'il soit psychique ou somatique.

J. CHEMOUNI (1994) rappelle que chez G. GRODDECK, la figure maternelle est au coeur de sa conception psychosomatique: " si l'être humain meurt, c'est aussi à cause de la mère, car il ne peut se réunir à elle, << à la partie d'elle qui lui

appartient >>. Elle est cause de toute chose, de la vie comme de la mort " (1994, p 230).

Dès " un problème de femme " (1903), GRODDECK introduit l'équation entre grossesse et maladie, entre enfantement et maladie.

Dans sa conception, chaque partie du corps peut être utilisée par le ça et devenir symbole de grossesse.

J. CHEMOUNI (1994) souligne: " la formation de nouveau corps peut signifier un symbole de grossesse ... Mais le ventre occupe dans sa conception de l'être humain une place privilégiée " (1994, p 231).

Pourrait-il à la puberté et avec l'anorexique être question d'un nouveau corps?

Dans " Du ventre humain et de son âme " (1933), G. GRODDECK signifie: " les symboles de la grossesse interviennent sans cesse dans la vie humaine " (1971, p 225).

Pour l'auteur, le ventre est le centre d'où rayonne par agrégation la société corporelle. Il est la matrice; lieu de toute fécondité, il est l'enfant. Il précise également que " Volupté, génération, grossesse, naissance et mort (décès) sont étroitement rattachés à l'âme du ventre " (1971, p 231).

Ainsi, dans sa conception, la maladie équivaut à un accouchement symbolique et signifie l'enfantement.

Egalement, Janine CHASSEGUET (1983), dans ses recherches sur la féminité, privilégie l'impact des identifications primaires, dont celle à une mère possédant vagin et ventre fertile; et tend jusqu'à associer le processus analytique à une gestation, au désir de mener à terme ou de faire avorter, désir condensant celui de faire avorter la mère.

L'anorexique, face à ce destin, ne pourrait-elle faire le choix de " se " faire avorter ?

* * * * *
* * * * *
* * * * *

4.14) Synthèse, ouverture et discussion pour une compréhension du langage du corps de l'anorexique.

Par cette approche différentielle, d'une part, nous avons pu circonscrire davantage la qualité de l'investissement corporel chez l'anorexique.

Ni érotisé comme chez l'hystérique, ni morcelé comme chez le schizophrène, ni lésé comme chez le psychosomatisant, le corps est chez l'anorexique dénié dans sa réalité somatique, en même temps pourtant qu'il apparaît, au travers d'intenses préoccupations corporelles, soumis à l'influence d'une totale subjectivation.

[SELVINI (1963), EY (1965) évoquent la prévalence d'une idée obsédante: la hantise de grossir; KAGANSKI et REMY (1986, 1989) dégagent des préoccupations similaires: l'image du corps, le poids, la nourriture; AIMEZ (1989) cite la peur morbide de grossir remplacée par le désir de mincir]

D'autre part, sous cet angle différentiel, les conceptions psychosomatiques se sont révélées au plus près de notre propre conception d'aborder l'anorexie avec un regard somato-psychique.

Seulement, l'existence d'une floraison de théories parcellaires nous a amenée à retenir et isoler les conceptions contemporaines articulables au fondement de notre hypothèse de recherche.

En cela, avons-nous été sensible aux propos d'A. FOURNIER (1995), délimitant l'interstice réservé au thérapeute, mesuré entre le réel du corps et le symbolique du symptôme.

Egalement, nous avons été séduite et par l'approche de Ch. DEJOURS (1989) développant la notion de " somatisations symbolisantes ", et par la conception de J. Mc DOUGALL (1989) interrogeant " l'indissoluble lien mère-enfant " et mettant ainsi en cause la relation primaire archaïque.

En effet, devenir mère, pour une fille nécessite bien un désengagement dans la relation à sa propre mère, et non seulement sous l'angle de l'Oedipe et de sa reviviscence à l'adolescence, mais au regard du **corps même de l'enfant**. En deçà de l'Oedipe subsiste toujours et depuis la naissance de l'enfant le lien archaïque, tissé dans et par le corps à corps initial mère/enfant. Aussi, il serait aberrant, voire

inconcevable d'imaginer que l'entrée dans la triangulation oedipienne balayerait ce lien premier et structurant.

Ainsi, quand la jeune fille se présente en mesure de procréer, l'introduction d'une nouvelle génération nécessitera un réaménagement de la structure familiale, modifiant donc la dynamique relationnelle mère-fille.

Suivant la conception de J. Mc DOUGALL (1989), qui, à ce temps, de la mère ou de l'enfant " sera mis fantasmatiquement en pièces ou cessera d'exister ? "

Pourrait-il s'agir plutôt que de la mère ou de son propre enfant, de cet enfant à venir, via la potentialité pour l'enfant-fille d'être mère à son tour ?

Rejoignant Ch. DEJOURS (1989), J. Mc DOUGALL (1989) considère que " les manifestations psychologiques et psychosomatiques, tout comme les névroses, les troubles du caractère et les perversions, sont des tentatives d'autoguérison " (1989, p 54,).

A un autre niveau, F. RICHARD (1989), considérant l'adolescence en tant que processus en cours chez l'adulte et déjà amorcé chez l'enfant, souligne qu' " en pratique clinique, l'agression contre soi ou la mésestime de soi ne sont pas toujours de mauvais pronostic, puisqu'ils manifestent, certes négativement, une volonté d'autonomie, qui peut aussi bien se chroniciser en repli durable, que renforcer une subjection ... " (1989, p 116).

Cette conception s'appliquerait-elle à l'anorexie, à savoir: le symptôme corporel anorexique pourrait-il témoigner d'un processus de symbolisation, et ainsi se présenter comme une tentative d'auto-guérison?

Cela pourrait paraître discutable, notamment au regard d'un processus anorexique se prolongeant depuis de longues années, et contribuant alors à " **stériliser** " **tout processus évolutif et toute subjectivation ...**

Toutefois, il nous semble difficile de quantifier la durée nécessaire à un processus de changement soumis à une grande variabilité interindividuelle ...

D'ailleurs notre interrogation semble d'actualité avec des auteurs tels F. POINSO et Coll (1994):

" A l'instar des malades psychosomatiques peut-on dire de l'anorexie qu'elle est le résultat d'un court-circuit de la mentalisation? En ce sens ce serait une mise en acte dans le corps qui prendrait la place de la mise en mot, mise en mot du désir, place du désir. Mais le << langage du corps >> rend bien compte de la dimension métaphorique de l'agir dans le corps. La nourriture, les repas, l'obésité et la maigreur sont le support de tant de métaphores qu'ils sont de ce fait dans le langage, même s'ils ne sont pas toujours immédiatement dans la parole " (1994, p 49).

Egalement, O. KERNBERG et Coll (1995), dans le registre des personnalités narcissiques, révèlent la dimension symbolique contenue dans la somatisation:

" la contrepartie du passage à l'acte est souvent la somatisation. Comme l'a souligné André GREEN (1986), l'intolérance à l'expérience du conflit et à la douleur psychique peut se traduire par l'élimination de ces conflits à travers l'action (le passage à l'acte), **ou par la transformation symbolique de ces conflits dans le domaine physique et biologique** " (1995, p 157).

Dans cette lignée, la forclusion des fantasmes évoquée par J. Mc DOUGALL (1982, B) chez le psychosomatisant nous paraît fort éloignée de notre hypothèse.

Le fantasme est-il parfois forclos ou innommable sur le plan verbal ? Et dans ce cas, pourrait-il trouver un autre mode d'expression, en recourant, comme pourrait le faire l'anorexique, au corps ?

M.C CELERIER (1989) développe à ce sujet une approche fort intéressante. Inscrivant ce corps " à la charnière entre le relationnel et le pulsionnel " (p 7), elle inscrit le langage, comme l'inconscient, dans l'ancrage du corps.

A l'origine des premiers échanges entre je et l'autre, le corps n'est jamais totalement détaché de la pensée, de la vie affective et fantasmatique. Et " la pensée s'autonomise progressivement à partir de son attache corporelle pour accomplir le travail d'identification qui fait du corps l'habitable du sujet en même temps que l'agent et l'un des objets de ses désirs, de son plaisir et de sa douleur, de ses amours et de ses haines " (1989, p 165).

Pour M.C CELERIER, cette relation du sujet à son corps reste dépendante de sa relation aux autres. Aussi, la psychosomatique doit-elle se référer au transgénérationnel comme au transculturel.

Avec J.P VALABREGA (1980), M.C CELERIER rappelle qu' " il ne peut exister de théorie analytique du corps qui ne soit aussi une théorie du fantasme " (1989, p 26); comme, il n'existe pour nous aucun doute sur l'existence d'une dimension fantasmatique latente - à l'instar peut être de la pauvreté de la vie imaginaire et associative manifeste -.

Il y a encore quelques années G. ROUX (1992) rappelait, en se référant aux études de VALABREGA, que consécutivement à l'isolement thérapeutique " un changement des relations affectives apparaît progressivement, avec **une richesse insoupçonnée de l'expression de divers fantasmes** " (1992, p 228).

Aussi la compréhension du déséquilibre psychosomatique conduit " du côté du fantasme individuel et de ces fantasmes trans-individuels qui constituent les mythes familiaux et les mythes culturels " (1989, p 164).

Avec l'illustration clinique de Dominique, M.C CELERIER démontre l'existence d'un fantasme agi dans la somatisation et cette prédilection pour l'agi du fantasme resterait parfaitement inconsciente.

" De fait, le malade somatisant ne parle pas, ou parle peu. Il agit. Pour lui, << le fantasme est l'objet d'une constante mise en acte, expulsé avant de pouvoir être pensé >> (RUFFIOT, 1981) " (1989, p 128).

Pas plus, d'ailleurs qu'il ne parle, il ne fantasmerait car " c'est son corps qui agit en accord avec la place assignée par le mythe, **jusqu'à en mourir si le mythe le demande pour préserver un autre** " (1989, p 77).

Pour M.C CELERIER (1989), les configurations fantasmatiques du sujet sont cadrées par le mythe familial inconscient lui préexistant. Ce mythe familial, lui-même construit en fonction des fantasmes oedipiens des parents, fonde le mythe d'origine de l'enfant et lui assigne une place identificatoire par rapport à la différence des sexes et la succession des générations.

Ainsi, l'auteur estime que chez le somatisant, le mythe d'origine ne lui laisse pas une place de sujet désirant; et ainsi " l'accès à des constructions fantasmatiques individuelles lui est fermé " (1989, p 77).

En fait il y aurait **mise en corps d'un mythe familial**. Dans ce corps familial, " tous concourent à la négation du manque narcissique, en niant la séparation entre

les individus ... dans ces familles, la sexualité infantile et même son explosion à la puberté sont niées. Les corps à corps n'ont de signification reconnue que dans l'ordre de la satisfaction du besoin; besoin de l'enfant qui répond, en fait, à un désir non refoulé du parent " (1989, p 92).

Dans cette dynamique de groupe s'observe un repli autistique familial, consistant à rejeter toute valeur et référence culturelle, ne coïncidant pas avec le mythe familial interne; soit afin de préserver le mythe familial, la confrontation au mythe culturel, mythes d'autres groupes familiaux, est impossible.

Pour avoir examiné au plus près la conception de cet auteur, des concordances troublantes avec les travaux de I. KAGANSKI et B. REMY (1989) sur l'anorexie nous sont apparues; concordances qui dans notre esprit ne seraient pas sans liaisons avec le processus pubertaire.

4.2) Le processus pubertaire.

Certes, la puberté signe l'entrée dans le processus adolescent, auquel est associé la réactualisation oedipienne.

D'après BERGERET (1986), " on sait (...) qu'il existe un *deuxième mouvement oedipien* au moment de la *puberté*, laquelle laisse à l'individu la dernière chance de résoudre l'Oedipe *spontanément* " (1986, p 31).

Sa résolution, point nodal de la structuration de la personnalité, est constitutive de l'identité sexuelle du sujet. Dans sa forme positive, la jeune fille intègre, par identification à la mère, les attributs féminins; constitution de l'identité secondaire sur laquelle B. BRUSSET, (1995) remarque la butée de l'anorexique, refusant la féminité.

Seulement, durant cette étape du développement psycho-sexuel normal où la femme est en train d'advenir; la mère potentielle l'est également, et ce dès la puberté, signifiant mouvance du corps mais aussi inscription dans la temporalité et ce sous l'angle transgénérationnel.

I. KAGANSKI et B. REMY (1989) repèrent cette " difficulté à aborder la séparation qui est très mal supportée, ce qui contribue à l'apparition des symptômes

de l'adolescence, période clé des processus d'individuation/séparation " (1989, p 207).

Ainsi à ce temps correspond non seulement la reviviscence du scénario oedipien, mais également une réélaboration des processus d'individuation et de séparation des imagos infantiles sur lesquels nous concentrerons nos efforts.

I. KAGANSKI et B. REMY (1989) soulignent aussi " que l'anorexie apparaît (...) au début de l'adolescence, alors que la jeune fille est encore complètement investie au sein de la famille, ceci traduirait les difficultés de la famille à négocier le passage de l'enfance à l'adolescence " (1989, p 215), et non celui de l'adolescence au jeune adulte indépendant, lequel cherche à gagner son autonomie.

Repérant l'immuabilité des positions de chacun à l'intérieur du système familial, ces mêmes auteurs constatent:

" ce qui compte, c'est la perpétuation des règles du jeu qui permettent de résister au changement; les lois (règles hiérarchiquement supérieures) seraient alors digérées au profit du maintien de ces règles: loi des différences de génération, dénégation de la réalité de la mort " (1989, p 214).; autant de règles symboliques auxquelles l'adolescence, et pour autant la puberté, donnent accès.

En opposition à cette lutte contre la différence de génération, contre la réalité de la mort, la puberté présente dans ses caractéristiques celle de donner et perpétuer la vie: la fille devenant mère relègue de fait ses parents en position grand-parentale.

Dans leur lecture systémique de l'anorexie, I. KAGANSKI et B. REMY (1989) perçoivent l'immuabilité des rôles; la fille se trouvant dans l'impossibilité de devenir mère à son tour.

Par ailleurs, ces mêmes auteurs remarquent que " la préoccupation concernant l'alimentation est constante dans ce type de famille et il existe extrêmement souvent d'autres membres de la famille de la patiente qui ont des troubles des conduites alimentaires ou une obésité importante " (1989, p 208).

Les antécédents familiaux peuvent également faire état de troubles de l'humeur à type de dysphorie, d'alcoolisme ou toxicomanie. De fait, même si l'alimentation

occupe une place importante dans les échanges familiaux, l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle n'a pu être vérifiée.

Par contre l'accent a pu être porté sur cette dynamique familiale singulière, semblant fonctionner de manière autarcique par analogie avec M.C CELERIER (1989) évoquant le fonctionnement autistique familial du somatisant.

C.MILLE et Coll (1996) présentent d'ailleurs des conclusions similaires: au " **on sacrifie un enfant** " dans le sens que l'anorexique a été un enfant parfaitement conforme aux attentes parentales, se substitue " **un adolescent se sacrifie** ". C'est dire qu' " à l'instar du poète, les adolescents anorexiques demandent au temps de suspendre son vol. L'éclosion pubertaire vient concrétiser la **temporalité individuelle** , rappeler l'inscription du sujet dans une diachronie, contester l'utopie synchronique de l'organisation familiale " (1996, p 558).

Cette temporalité individuelle nous paraît aisément associable aux désirs et fantasmes individuels, lesquels nous ont semblé ne jamais naître, comme submergés, " engloutis " par et dans le mythe familial (CELERIER, 1989; KAGANSKI, 1989).

Examinons maintenant l'importance du fait pubertaire.

4.2.1) Le phénomène biologique de la puberté.

Le mot puberté vient du latin Pubes qui signifie à la fois poids et virilité. Le verbe Pubesco traduit: se couvrir de poils, entrer dans l'âge viril.

Ainsi, la puberté comprend l'ensemble des modifications physiologiques, ayant un retentissement au niveau hormonal et morphologique.

Sur ce plan, certains critères sont plus ou moins aisément objectivables.

Son apparition est, conditionnée pour une part par l'hérédité et le milieu d'origine du sujet, et pour une autre part par des facteurs individuels. Ainsi, d'importantes variabilités peuvent être observées d'un cas à l'autre.

En France, pour les filles, la puberté débute aux alentours de dix-douze ans; ce qui conduit des auteurs tels R. BRAUNER, J.M. LIMAL et R. RAPPAPORT (1987) à définir le retard pubertaire " par l'absence de signe de puberté à l'âge de 13 ans

chez la fille (car) ... les études faites en Europe montrent en effet que 95% des adolescentes présentent des signes de début de puberté avant cet âge. " (1987, p 13).

Elle se déclenche quand l'organisme atteint une certaine maturation générale. L'hypophyse, responsable du système endocrinien, se met à sécréter sous l'impulsion du système nerveux, des hormones stimulantes, favorisant la réponse d'autres glandes (surrénales, thyroïde et ovaires) déversant leurs hormones dans la voie sanguine.

Schématiquement, l'avancée pubertaire présente des caractéristiques spécifiques en fonction du sexe.

Chez la fille, elle correspond à :

- une poussée de croissance en taille puis en poids.
- un développement musculaire plus sensible et plus lent que chez le garçon.
- un léger élargissement du bassin.
- une saillie de l'aréole des seins puis à leur développement.
- l'apparition des poils pubiens et des poils sous les aisselles.
- l'apparition des règles aux alentours de treize-quatorze ans.

De rapides changements corporels s'opèrent; bouleversements qui vont considérablement transformer l'apparence physique du pubère, l'image corporelle de l'enfance est abandonnée au profit d'une autre, qui entraîne une ressemblance de plus en plus prononcée avec le corps de l'adulte.

" La puberté marque, dans l'espèce humaine, le passage de l'enfance à l'adolescence " (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 1991, p 634).

Ainsi, à la puberté, l'enveloppe corporelle, construite durant l'enfance, est réaménagée par l'acquisition des caractères sexuels secondaires.

Le corps reçoit des attributs nouveaux; il acquiert pilosité, seins, silhouette, le rapprochant du parent du même sexe; en même temps qu'apparaissent chez la fille les premiers cycles menstruels, signant au-delà la capacité à procréer.

Parfois, le corps connaît aussi, durant cette période des variations pondérales importantes en rapport avec le bouleversement hormonal.

Ainsi le dictionnaire des termes techniques de médecine (1986) objecte-t-il la puberté comme " l'ensemble des modifications qui se produisent chez les filles **au moment où s'établit la menstruation** " (1986, p 680)

Pour BRAUNER et Coll (1987) " elle est caractérisée par des transformations somatiques, psycho-affectives et plus particulièrement hormonales **conduisant la faculté de procréer** " (1987, p1).

Plus récemment, le grand dictionnaire de la psychologie (1991) propose la définition suivante: La puberté est l' " ensemble des modifications qui permettent à un individu d'accéder **aux fonctions de reproduction** " (1991, p 634).

Plus loin, il est également précisé qu' " elle peut être cause de malaises et de troubles psycho-biologiques (anorexie de la jeune fille) " (1991, p 634).

Mesurant là toute l'importance accordée à cet événement biologique il nous apparaît étonnant que l'approche psychopathologique et psychanalytique n'ait pas porté à la puberté l'attention qu'elle nous semble mériter; soit un intérêt pour elle-même dans sa dimension psychosomatique et non pour sa seule liaison avec le processus adolescent dont elle symbolise l'entrée.

4.2.2) La puberté physiologique au regard du processus anorexique.

La triade symptomatologique classique - anorexie - amaigrissement - aménorrhée - constitue les éléments dont la présence se révèle nécessaire à l'évaluation diagnostique.

De la classification internationale des troubles du comportement (CIM-10 / ICD-10, Nov 1992), nous pouvons lire:

" on ignore toujours les causes fondamentales de l'anorexie mentale, mais il existe de plus en plus d'arguments permettant de penser que **des facteurs** socioculturels et **biologiques** sont impliqués dans sa **survenue**, de même que des mécanismes psychologiques peu spécifiques et une vulnérabilité particulière de la personnalité.

Le trouble s'accompagne d'une dénutrition de gravité variable, entraînant **des modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et des perturbations des fonctions physiologiques** " (Nov 1992, p 158).

Dans cette définition, nous remarquons que le plan somatique se révèle prépondérant: non seulement, il participerait à la survenue du trouble anorexique, mais connaîtrait aussi un dysfonctionnement sévère.

La restriction alimentaire provoque la perte de poids. Et, cette chute pondérale a des répercussions importantes sur la réalité somatique: l'anorexique semble comme présenter un arrêt de croissance, puis une régression dans la mesure où les caractéristiques sexuelles secondaires sont amenées à disparaître.

Les acquisitions corporelles liées à l'avènement pubertaire s'en trouveraient perdues; la silhouette anorexique revêt un aspect squelettique, les seins ne se développent plus et disparaissent.

Au niveau des menstruations, J. D. GUELFY (1976) signale que " l'arrêt des règles (ou leur absence d'apparition dans les formes précoces d'anorexie mentale) est quasiment constant " (1976, p 272).

Par ailleurs, G. AGMAN et Coll (1994), en accord avec la définition du CIM-10 / ICD-10 (Nov 1992), constatent que l'aménorrhée " est habituellement un des derniers symptômes à disparaître " (1994, p 3), alors que comme l'objective la définition du grand dictionnaire de la psychologie (1994) elle " coïncide souvent avec l'apparition de l'anorexie " (sept 1994).

B. BRUSSET (1995) souligne quant à lui que " le retour des règles apparaît dans un contexte que la psychothérapie montre souvent hautement significatif " (1995, p 172).

En septembre 1997, dans leur article sur la grossesse et l'infertilité chez l'anorexique, M. CORCOS, Ph JEAMMET et Coll. corroborent les analyses de ces deux derniers auteurs:

* Celui d'AGMAN (1994) en estimant que si " les règles réapparaissent **parfois** avec la reprise du poids ... dans plus de 40% des cas, l'aménorrhée persiste pendant des mois ou des années malgré la reprise pondérale ... (et) que dans 30% des cas l'aménorrhée précède l'amaigrissement " (1997, p 427).

* Celui de BRUSSET (1995) qui en insistant sur la dimension symbolique du retour des règles met, à l'instar des propos de CORCOS et JEAMMET (1997), en relation " défense anorexique et aménorrhée: l'apparition des règles chez les patientes déprimées au moment d'un relâchement de leur sentiment d'omnipotence, et bien sûr le retour des règles après une amélioration psychologique passant par un assouplissement des défenses " (1997, p 429).

La primauté que nous tâcherons d'accorder, avec l'apport psychanalytique, à la disparition des menstruations peut être reliée à ce constat: la régression de ce symptôme participant à la triade classique survient en dernier lieu; ultime régression qui pourrait être en rapport avec la résistance, au sens psychanalytique du terme.

Cependant, l'approche physiologique pourrait sans doute proposer une autre hypothèse explicative, en raison de la profonde désorganisation métabolique.

En 1965, H. EY écrivait: " le défaut d'appétit n'est qu'une façade. Il semble que l'expression allemande de << Pubertätmagersucht >> (besoin de maigreur au moment de la puberté) vise plus exactement le sens même de cette restriction alimentaire " (1965, p 178).

Egalement, nous tenons à relever la concordance remarquée par d'autres entre l'apparition des règles biologiquement fixée vers treize-quatorze ans et l'apparition de la conduite anorexique vers quatorze ans (HALMI, 1981; LABARTHE, 1995).

Maintenant, si nous nous référons, une fois encore, aux critères établis par le CIM-10 / ICD-10 (Nov 1992), le temps délimité par les auteurs, durant lequel la survenue du trouble est possible, traduit notre intérêt:

" le trouble survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, de même que chez un enfant **proche de puberté** ou une femme plus âgée **jusqu'à la ménopause** " (p 158).

Cette délimitation temporelle est-elle simplement liée au fait que l'aménorrhée participe au tableau clinique, ou en raison de l'importance accordée au fonctionnement somatique ?

Il reste **néanmoins curieux** de penser qu'une femme ménopausée ne pourrait pas présenter une anorexie mentale. A moins que soit ici reconnu - implicitement ou plus inconsciemment - une possible liaison entre les menstruations et le processus anorexique ...

Egalement, il est **étonnant voire signifiant** de porter attention sur l'introduction du critère d'aménorrhée pour le diagnostic. M. CORCOS, Ph JEAMMET et Coll. (1997) l'ont d'ailleurs dernièrement souligné: ce critère " est apparu seulement dans la version III révisée du DSM alors qu'il n'existait pas dans sa version précédente. Or l'on sait depuis plus d'un siècle que ce symptôme fait partie du tableau clinique classique de l'anorexie mentale " (1997, p 426).

Nous restons là pour le moins interpellée d'autant que nous venons à peine de relever que le retour des règles est interprété dans le sens d'une évolution positive.

4.2.3) Approche psychanalytique de la puberté.

Il importe selon nous d'aborder aussi la puberté dans sa singularité, et non dans sa seule intrication avec l'adolescence, même si comme le dit F. RICHARD (1989) " la puberté serait l'occasion de percevoir ce processus " adolescent car " elle met le sujet dans l'obligation d'être adolescent ... " (p 87).

D'un point de vue physiologique, cette démarche est tout à fait envisageable: l'événement pubertaire ne peut pas se confondre avec l'adolescence. D'ailleurs, dans la représentation populaire, ce sont les modifications corporelles qui objectivent l'entrée dans l'adolescence.

Dans une perspective sociologique, la puberté était pour notre société ancienne significative d'un changement social, symbole de modifications de la personnalité. Les romains, alors qu'ils devaient statuer sur la responsabilité juridique d'un mineur, recouraient à l'aestimatio habitus corporis, c'est à dire qu'ils procédaient à un examen complet.

En fonction de ce dernier, l'enfant bénéficiait d'une réduction de peine s'il était reconnu non pubère, étant alors supposé comme celui qui ne sait pas ou sait mal. Plus tard, à la féodalité, le jeune page, devenu pubère, changeait de statut. Ecuyer, il suivait alors son seigneur et maître au combat.

Dans les sociétés primitives, les ethnologues ont recensé toute une série de rites initiatiques, comportant généralement une marque corporelle extérieure (circoncision, excision, scarifications, tatouages ...), symbole d'une marque intérieure. Par ces rites d'initiation, témoins d'un passage, l'enfant reçoit l'autorité, marque des aînés, avec lesquels désormais il la partage

Dans notre société contemporaine, ces rites n'existent pas ou plus. Et le pubère, qui n'est plus un enfant, n'est pas encore un adulte.

Sous l'angle psychanalytique, T. ANATRELLA (1993) nous rappelle que déjà à la période gréco-romaine antique, le processus adolescent se découpait en trois phases, entre la puberté, l'adolescence et la post-adolescence.

Puis, au 18^{ème} et 19^{ème} siècle, ces trois réalités furent confondues.

Face à ce constat, cet auteur propose de rétablir la distinction historique:

" Au moment de la puberté, il y a plus d'émotions à vivre son auto-transformation que de faire le voyage de la terre à la lune, parce qu'il y a modification de sa géographie corporelle et du même coup de sa relation aux autres . (...). Au moment de la puberté, le garçon comme la fille va se trouver confronté(e) à ces changements physiques, ce qui va poser le problème de l'acceptation ou du refus de son corps. (...). A l'adolescence, une deuxième interrogation va apparaître: celle de l'identité sexuelle proprement dite, ou plus précisément celle de l'identité du désir.

(...). Enfin, dans la phase de la post-adolescence, l'individu se trouve confronté à la problématique du "self", c'est à dire cette capacité d'accéder à l'autonomie par rapport aux images parentales " (1993, p 59).

Bien que nous estimions que le passage d'une étape à l'autre ne soit pas, dans la réalité humaine, aussi clairement posé, il nous semble possible d'admettre cette position.

Notre intérêt pour cette définition se situe à deux niveaux:

- D'une part, elle entre en résonance avec notre effort d'isoler le phénomène pubertaire dans sa spécificité:

" L'événement organique le plus important de la puberté est l'acquisition de la maturité sexuelle. Ce facteur biologique détermine fortement la relation qui existe entre la fillette et son propre corps " (H. DEUTSCH, 1949, 1987, p 26).

- D'autre part, cette distinction offre la possibilité de se détourner un instant du processus de transformation vers la féminité et d'accorder la primauté à l'investissement narcissique du corps et de ses changements par le sujet lui-même.

Pour E. BARRUCHI (1996), avec le bouleversement lié à l'adolescence, " il peut exister, en effet, à certains moments une prévalence de l'investissement de soi, se traduisant au niveau du corps, .. " (1996, p 24).

Cette prévalence, alors que nous la reconnaissons s'inscrire dans l'adolescence, trouve pour nous son origine avec la puberté et les modifications de l'enveloppe corporelle qu'elle sous-tend.

Et, ce grand intérêt porté au corps et ses changements a secondairement des retentissements dans les rapports aux autres, sexuellement identifiés.

Y. H. HAESEVOETS (1996) imprime toute l'importance accordée au processus pubertaire:

" Bien que l'adolescence ne se limite pas à la puberté ou à une simple transformation physiologique-hormonale, les mutations fonctionnelles et sexuelles du corps relancent la construction de l'identité qui avait été amorcée au cours de l'enfance; la perception du corps qui se transforme, la passion narcissique et la reconnaissance de l'altérité sont inhérentes à la structuration de la personnalité " (1996, p 105).

Ainsi, la référence au corps propre et/ou à celui d'autrui nous apparaît fondamentale et constitutive de l'élaboration définitive de l'identité sexuelle à l'adolescence dans sa réédition de la situation oedipienne de l'enfance.

H. DEUTSCH (1949, 1987) semblait déjà le préciser:

" durant l'adolescence comme au cours des périodes précédentes, le Moi a de puissantes poussées de croissance qui ne dépendent ni directement, ni exclusivement des processus sexuels " (p 88); mais qui appartiennent à la lignée narcissique, dans la centration du sujet sur lui-même. L'identification corporelle,

Moi corporel en tant que support de l'investissement narcissique, est ici fondamentalement en question.

Le pubère ne pouvant ni occulter, ni taire les modifications de son corps devra donc les reconnaître et leur donner un sens. Aussi, la relation à son corps devra-t-elle subir de nombreux remaniements

Ce retour du sujet vers lui-même à la puberté, nous venons de le voir, est en relation avec la maturité sexuelle désormais advenue, **maturité biologique signifiant la fécondité.**

K. HORNEY (1971), interrogeant le pôle de la maternité, souligne un point fondamental pour notre conception:

" Du point de vue biologique, la femme a dans la maternité ou dans l'aptitude à la maternité, une supériorité psychologique indiscutable et non des moindres. (...). Nous sommes familiarisés avec cette envie en tant que telle, **mais on ne lui accorde guère la considération qui lui est due en tant que facteur dynamique** " (1971, p 55).

Ainsi, si la jeune fille se trouve engagée sur la voie de la féminité, elle l'est également du côté de la maternité. Accédant à la fécondité, la pubère pourrait devenir mère, avant que ne soit achevé, voire réactivé dans la reviviscence du scénario oedipien, la constitution de son identité sexuelle féminine.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Si ces deux aspects, que représentent maternité/fécondité et la féminité , sont en liaison, intriqués l'un à l'autre, ils n'ont pourtant pas été développés de manière équitable et notamment dans leurs rapports au processus anorexique.

Avec les perspectives psychanalytiques, nous avons vu combien l'accent était porté sur le refus de la féminité (BRUSSET, 1995), tandis que la question de la maternité et du rapport à la figure maternelle archaïque n'était pas soulevée.

Mais sommes-nous en mesure de distinguer féminité et maternité ?

Dans le registre oedipien assurément, cela ne nous est pas autorisé; mais sous l'angle préoedipien, la déliaison nous semble plus acceptable.

Dans la théorie psychanalytique, LAPLANCHE et PONTALIS (1984) rappellent que le complexe d'Oedipe " connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet " (1984, p 80)

Pour S. FREUD (1905), ce choix de l'objet d'amour débute à la puberté mais ne s'effectue pleinement et définitivement qu'après celle-ci.

De ce fait, l'accès à la génitalité n'est point assuré par la seule maturation biologique . S. FREUD (1932) parle de féminité, au moins partiellement accomplie, lorsque la petite fille a opéré une double tâche, soit le changement de zone érogène directrice - du clitoris au vagin - et le changement d'objet d'amour - de la mère au père - . Et ce déplacement de l'investissement libidinal est rendu possible et introduit par le complexe de castration.

Pour S. FREUD (1923), " le renoncement au pénis n'est pas supporté sans une tentative de compensation. La fille glisse - on devrait dire le long d'une équivalence symbolique - du pénis à l'enfant, son complexe d'Oedipe culmine dans le désir longtemps retenu de recevoir en cadeau du père un enfant, de mettre au monde un enfant pour lui " (1923, p 122).

La prévalence du complexe d'Oedipe dans ses effets organisateurs sur la structuration de la personnalité marque ainsi l'accès à la génitalité, et au delà pour la jeune fille, l'accès à la féminité et maternité.

Maintenant, au regard de l'anorexie, il semble que c'est HESNARD en 1939 qui pose les bases névrotiques de l'affection liée à des fixations prégénitales orales en rapport avec un refus de pénétration et de grossesse.

A présent, si nous nous risquons à introduire la puberté sous un angle psychosomatique et plus seulement psychanalytique, le phénomène biologique est à référer avant tout aux fonctions réelles attribuées à la fille - capacité de reproduction - puis aux équivalences symboliques - avoir un enfant du père - pour obtenir dédommagement de la blessure narcissique occasionnée par le manque de pénis. Si la puberté permet l'accès à la génitalité et sous-tend pour la jeune fille un changement d'objet d'amour, avec secondairement à celui-ci, le fantasme inconscient d'obtenir en réparation, de la blessure narcissique occasionnée par le manque de phallus, un enfant en cadeau du père, il n'en reste pas moins que la seule maturation biologique représente, dans la réalité, la capacité à reproduire.

Ainsi, nous sommes tentée de soutenir l'hypothèse qu'antérieurement à la recherche du sujet de l'objet d'amour rendant possible - réellement ou fantasmatiquement - la conception de l'enfant, " on comprendra un jour ou l'autre qu'on ne peut pas obtenir un enfant sans l'intervention de l'homme " (FREUD, 1917, p 109) la jeune fille ayant déjà reçu et perçu, avec la puberté, la capacité réelle de procréer; et ce indépendamment du désir de l'homme.

Sous cet angle, et bien avant que la jeune fille s'engage sur la voie de la féminité, elle accède de par la maturation biologique, à la maternité.

Cette " **maternité biologique** " nous semble fondamentalement à distinguer d'une " **maternité symbolique** " organisée par l'accès à une relation génitalisée et autour du fantasme incestueux.

A son entrée dans la puberté, la jeune fille est encore attachée libidinalement à l'objet d'amour préoedipien, tandis que, sur le plan somatique, elle présente déjà la capacité à procréer.

Cette possible maternité biologique nous paraît fondamentale pour l'approche du phénomène pubertaire ainsi que pour la compréhension du processus anorexique.

S. FREUD (1905) ne soutenait-il pas qu'avec la puberté " un but sexuel nouveau est donné La pulsion sexuelle se met maintenant au service de la fonction de reproduction " (1905, p 111).

Or si cette fonction de reproduction se trouve inhibée ?

Pour autant qu'il en est préjugé dans la théorie freudienne, la pulsion sexuelle ne pourrait donc s'organiser sous le primat de la fonction de reproduction vouée à disparaître.

Ne sommes-nous pas confrontée à une situation similaire avec le processus anorexique ?

L'aménorrhée ne pourrait-elle être interprétée comme équivalent symbolique d'un mécanisme d'inhibition cherchant à atteindre cette fonction de reproduction acquise à la puberté; hypothèse qui nous paraît tout à fait envisageable.

Dans cette perspective, le sujet, dans un mouvement régressif, chercherait à faire retour vers un état psychosomatique antérieur à l'avènement pubère.

Nous reportant au raisonnement freudien, lequel présente l'entrée en puberté comme préalable, prérequis à la reviviscence du scénario oedipien, il nous paraît raisonnable de considérer l'anorexique comme restée fixée à ses objets d'attachement préoedipiens.

S. FREUD (1931) n'avait-il pas, certes bien tardivement, reconnu la prévalence du rôle du lien préoedipien dans l'évolution psychique de la fille:

" la relation primaire à la mère était aménagée de façon très riche et variée En fait il fallait admettre la possibilité qu'un certain nombre d'êtres féminins restent attachés à leur lien originaire avec la mère et ne parviennent jamais à le détourner véritablement sur l'homme.

La phase préoedipienne de la femme atteint par cela une importance que nous ne lui avons jamais attribuée jusqu'ici " (1931, p 140).

Et cette reconnaissance le porte à conclure " que la forte dépendance de la femme vis à vis de son père ne fait que recueillir la succession d'un lien à la mère aussi

fort et que cette phase plus ancienne persiste pendant une période d'une durée inattendue " (1931, p 141).

Mais, prêt à admettre l'importance de ce lien dans l'économie psychique féminine S. FREUD (1931) souligne sans plus tarder la difficulté à l'aborder, avançant en premier argument que ce lien est " si difficile à saisir analytiquement, si blanchi par les ans, vague, à peine capable de revivre, comme soumis à un refoulement inexorable " (1931, p 140); refoulement inexorable généralisable à l'ensemble des femmes.

Puis, S. FREUD évoque à la suite du premier un second argument, une spécificité transférentielle: ses analysantes auraient, nous dit-il, conservé un lien au père (- et/ou ravivé en la personne de l'analyste - homme). Seule une analyste - femme serait en mesure de favoriser la régression et la remémoration de ce lien archaïque.

Ainsi, nous retrouvons-nous plongée dans l'obscurité du lien originaire, dont l'importance n'est plus à démontrer, importance dépassant largement l'organisation oedipienne et l'identité sexuelle secondaire.

Seulement remarque F. COUCHARD (1991), " FREUD semble sous-entendre que la relation entre mère et fille est d'abord << affaire de femmes >> à régler entre femmes et aussi bien entre les femmes analystes et leurs analysantes " (1991, p 9).

Toutefois, si S. FREUD reste relativement réservé face à la nature de ce lien, et demeure essentiellement centré sur la différence anatomique entre les sexes (1925), induisant les griefs de la fille envers sa génitrice l'ayant faite "diminuée et châtrée", FREUD ne manquera pas quelques années plus tard de souligner que l' " attitude hostile vis à vis de la mère n'est pas une conséquence de la rivalité du complexe d'Oedipe; elle provient, au contraire, de la phase précédente et n'a été que renforcée et exploitée dans la situation oedipienne. Notre intérêt doit se tourner vers les mécanismes qui ont agi dans cet abandon de l'objet maternel si intensément et si exclusivement aimé " (1931, p 144).

Cette violence archaïque des sentiments de la fille, hostilité projetée sur la mère, S. FREUD (1931) la repère dans l'étiologie de l'hystérie et en germe dans la paranoïa ultérieure de la femme, au travers de l'analyse d'un délire de jalousie par RUTH MACK BRUNSWICK (1928).

Pour FREUD (1931), " le germe semble bien, en effet, être l'angoisse d'être assassinée (dévorée ?) par la mère, angoisse surprenante mais que l'on trouve régulièrement " (1931, p 140).

Repérons là, avec F. COUCHARD (1991) que cette violence est dans l'élaboration freudienne à sens unique: " il ne peut envisager que la mère ait pu manifester emprise et violence sur sa fille et abandonne rapidement ce terrain après avoir simplement fait, de l'hostilité de cette dernière, une réponse aux nombreuses <<restrictions de l'éducation et des soins corporels>> (FREUD, 1931, p 141) donnés par la mère " (1991, p 10).

FREUD fut en fait essentiellement préoccupé dans son oeuvre par l'étude de la place du père et son rôle pour le développement psychique de l'enfant.

A l'instar de cette préoccupation, l'espace maternel, - peut-être davantage la dimension féminine -, n'a pas donné lieu à une conceptualisation, sans pour autant avoir été occulté.

Il semble avoir existé chez FREUD une impossibilité personnelle, permettant une identification à la mère. (CHEMOUNI, 1994).

D'après D. ANZIEU (1975), FREUD ne parviendra à élaborer " l'image de la mauvaise mère ni la notion corrélative d'angoisse persécutive " (1975, Tome II, p 484).

Et pour F. COUCHARD (1991), " le refoulement d'une image maternelle violente, ou simplement défaillante par moments, généra massivement tous les présupposés théoriques sur le féminin " (1991, p 10).

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Par contre, la mère originaire est au coeur de la conceptualisation groddeckienne, brillamment retracée dans un ouvrage de J. CHEMOUNI (1994) - ce dernier rappelle la pensée de GRODDECK en ces termes: " si l'être humain meurt, c'est aussi à cause de la mère, car il ne peut se réunir à elle, << à la partie d'elle qui lui appartient >>. Elle est cause de toute chose, de la vie comme de la mort " (1994, p 230).

La naissance du monde humain proviendrait de la Mère - non pas de la femme issue dans l'élaboration freudienne de la traversée du complexe d'Oedipe - celle pour laquelle " l'espace maternel reste sans limite distincte - à l'image du territoire du ça - obscur, originaire, quasi-mystique " (1994, p 289).

La prévalence que G. GRODDECK attribue à l'espace maternel s'illustre dès 1903 lorsqu'il rédige " un problème de femme " : " Un trait contraignant réside dans la femme, l'être-mère. L'homme se suffit à lui-même. Seul l'instant de l'amour le presse vers la femme. Mais la femme porte l'enfant. L'amorce d'une vie commune doit être issue d'elle puisque la mère et son enfant, un temps du moins, forment une unité indissociable " (1979, p 95). C'est également dans cet ouvrage qu'il affirme l'amour maternel à côté de l'amour sexuel.

L'enfant dont par G. GRODDECK, c'est celui de l'enfantement; c'est l'enfant qui perd sa plénitude une fois délivré de l'espace maternel intérieur.

Ainsi, vivre pour cet auteur, c'est chercher à faire retour à la vie foetale.

Comme nous l'avons précédemment exposé dans notre chapitre consacré aux perspectives différentielles, à suivre l'oeuvre de GRODDECK, on retrouve constante l'équivalence entre maladie et grossesse - enfantement; permettant à J. CHEMOUNI (1994), de conclure qu'il n'existe " entre maternité et enfantement, pas de véritable fossé " (1994, p 303).

Notre propos n'est pas ici d'exposer l'élaboration de GRODDECK, mais simplement de dévoiler l'importance de " l'être-mère ", selon la terminologie groddeckienne, en tant que pivot de l'existence; et ainsi de démontrer pour notre travail sur l'anorexie mentale la possibilité d'aborder la question du maternel et de la maternité/fécondité dans un registre non plus oedipien - sous l'angle de la féminité - mais préoedipien dans son rapport à l'archaïque, à l'originel.

Cette impasse, que nous considérons pour notre recherche comme une lacune, pourrait - elle être en relation avec le constat actuel que réalise W.N. DAVIS (1994) sur l'anorexie mentale :

" Il faut noter que parmi les thérapeutes s'occupant d'anorexie mentale, il y a de nombreuses femmes, mais qu'habituellement les experts reconnus dans le domaine, c'est à dire ceux qui publient le plus et ont donc le plus d'influence sur les thérapeutes, sont pratiquement tous des hommes " (1994, p 265).

Cette remarque nous paraît tout à fait compréhensible: la prépondérance masculine dans la littérature psychanalytique contemporaine de l'anorexie mentale pourrait rendre compte de l'impasse concernant l'importance des menstruations, de la fécondité et de la maternité.

Egalement, le constat de F. COUCHARD (1991) semble venir redoubler nos propos. Interrogeant les modèles idéologiques sur la maternité, elle formule " la forte ambivalence des hommes devant la fonction maternelle. Elle est imposée et idéalisée; en même temps les avatars qui la précèdent et l'accompagnent: menstruation, grossesse, accouchement sont l'objet de tabous où la répulsion l'emporte sur la fascination " (1991, p 46).

De fait, notre propre sensibilité à cette dimension, pourrait être liée à notre identité sexuelle.

En conséquence, la signification inconsciente de l'aménorrhée chez l'anorexique aurait été interprétée jusqu'alors comme le refus de la féminité dans sa référence au registre oedipien et au fantasme incestueux.

Récemment, J. ANDRE (1995) se penchant sur le lien réalisé entre la féminité et l'anorexie/boulimie de l'adolescente, présente les conclusions suivantes:

" Aménorrhée et constipation sont des symptômes accompagnant régulièrement l'anorexie. De cette combinaison somatique, WALLER et DEUTSCH (1940) avaient proposé une version fantasmatique: l'anorexie traduit le désir et le refus de la fécondation orale (celle-ci étant un classique des théories sexuelles infantiles), l'aménorrhée, la conséquence de la grossesse et le refus de sexualité génitale, la constipation, la présence d'un enfant dans le ventre (BRUSSET, 1977). **C'est prêter beaucoup d'hystérie à l'anorexique** et suggérer une conversion somatique

Ainsi diverses prohibitions consécutives à ces croyances ont sans doute également participé au regard tardif porté par la psychologie individuelle sur le phénomène biologique.

A l'opposé de la prépondérance masculine repérée, nous attirons l'attention sur le fait que les auteurs, s'étant attardés sur les retentissements psychiques de l'apparition et de la signification des règles sont essentiellement des femmes.

Toutefois, l'oeuvre groddeckienne longuement redéveloppée par J. CHEMOUNI (1994) témoigne d'un intérêt certain pour la mère, attribuant la prévalence à l'espace maternel.

Aussi, G. GRODDECK (1933), brièvement, signifiait déjà que dans " les processus des années de puberté, (où) les troubles fréquents des saignements périodiques reposent presque toujours sur des idées de grossesse " (1971, p 237).

Seize ans plus loin, H. DEUTSCH (1949) en soulignait toute son importance:

" L'événement le plus important de la puberté est la menstruation. Symptôme biologique de maturité sexuelle, le premier saignement génital détermine des réactions psychologiques si nombreuses et si variées que nous pouvons parler de la " psychologie de la menstruation " comme d'un problème spécial. Le mélange d'événements biologiques hormonaux et de réactions psychologiques, l'évolution de ce processus somatique et le retour périodique des règles font de cette question l'un des problèmes psychosomatiques les plus intéressants " (1949, 1987, p 133).

Encore une bonne décennie plus tard, et le mérite revient à K. HORNEY (1971) de délier la menstruation du complexe de castration de la petite fille.

D'après cet auteur " la maternité représente pour les femmes un problème plus vital que ne l'affirme FREUD. FREUD répète que le désir d'un enfant est quelque chose qui << appartient de manière absolue à la psychologie du Moi >>, qui n'apparaît que secondairement en raison de la déception due à l'absence du pénis et que de ce fait il n'est pas un instinct primaire. Je pense au contraire que le désir d'un enfant peut tirer de l'envie du pénis un renforcement secondaire considérable, mais que **le désir est primaire et instinctuellement ancré profondément dans la sphère biologique.** (...) La pulsion à la maternité illustre donc << la représentation psychique d'un stimulus somatique interne continu >> " (1971, p 106).

Son expérience analytique de femmes présentant des troubles névrotiques ou caractériels l'amène à repérer que le début des modifications de la personnalité " coïncide approximativement avec le début de la menstruation " (1971, p 245).

Ainsi, nous devons nous demander s'il est concevable que la pubère puisse psychiquement être avertie de la signification inconsciente des menstruations, soit de la fécondité advenue et de son accomplissement dans la maternité.

Le cas échéant, la compréhension de l'anorexie mentale pourrait se révéler sous un autre éclairage.

Cette interrogation devient d'autant intéressante à approfondir dès lors que nous la confrontons aux données épidémiologiques amassées par CORCOS et JEAMMET (1997) qui " suivant les études (évaluent que) l'aménorrhée précède la perte de poids dans un cas sur six à deux cas sur trois (COPER, 1974; HALMI, 1974; JACOBS, 1976; HURD et Coll, 1977; HALLER, 1992; HARRISON, 1992; GOLDEN et SHENKER, 1994) " (1997, p 426), eux-mêmes l'estimant à 30% des cas.

C'est d'ailleurs à partir de ce pourcentage relevé - et important en soi - que ces mêmes auteurs envisagent l'intrication étroite de deux facteurs étiologiques: " l'un est organique ... le second est psychogène ... " (1997, p 426); ou encore évoquent " à l'image des aménorrhées de stress, une composante psychologique à l'origine de modifications biologiques " (1997, p 428).

4. 3. 2) Fécondité et maternité: leur rapport à l'anorexie mentale.

Pour H. DEUTSCH, " l'enfance et la puberté constituent les deux phases préliminaires de la maternité " (1949, 1987, p 414, Tome 2).

F. DOLTO le rappelle autrement: " la poussée pubertaire, la croissance des seins, l'arrivée des règles, signifient pour la jeune fille, consciemment ou inconsciemment, sa possible fécondité " (1984, p 349).

Tandis qu'elle se penche sur l'anorexie, F. DOLTO (1984) semble rendre la liaison possible: " chez les filles, c'est au moment de la poussée pubertaire, et après, que l'anorexie survient " (1984, p 349) et laquelle, rappelons-le avec la définition

proposée par le grand dictionnaire de la psychologie (1994) coïncide avec l'apparition de l'aménorrhée.

Pour F. DOLTO, la dynamique du système familial rend insupportable pour l'adolescente l'idée inconsciente de grossesse, laquelle se traduit par la hantise consciente de grossir. Sur cette base, ce même auteur (1984) réfère le mot " **grossir** " à celui de " **grossesse** ".

Restée l'enfant de sa propre mère, H.BRUCH (1990) - et bien d'autres parlent de l'enfant modèle - la pubère n'a jamais vraiment été considérée par sa mère comme une jeune fille devenant femme.

Or, devenir femme, c'est également devenir mère. Tout comme la jeune fille devient femme par identification à sa mère ou à un substitut, force est de penser que la future mère va également prendre sa mère comme modèle , support identificatoire.

Aussi, pour nous, interroger la qualité de leur relation s'insère dans un mouvement régressif et réactive des représentations archaïques, dans le lien unissant une mère et son enfant.

Pour M. M. CHATEL (1993), évoquant l'arrivée d'un enfant, " à cet endroit exactement, la femme rencontre la façon dont sa propre mère a elle-même été mère " (1993, p 52), et en l'occurrence, mère du sujet lui-même.

Selon notre conception, cette rencontre situe l'interrogation du sujet dans la représentation inconsciente de son rapport en tant qu'enfant à sa propre mère, et en cela réactive le lien primaire de leur relation.

M. M. CHATEL (1993) dans son ouvrage portant sur la procréation et les techniques médicales pratiquées (de l'interruption volontaire de grossesse à la fécondation in-vitro) opérationnalise la liaison entre fécondité et relation de fille à mère; liaison que nous croyons prévalante dans le processus anorexique.

Pour cet auteur, " toute femme parturiente est en quelque sorte une << mère porteuse >>, elle est porteuse de la cristallisation en son corps du faisceau de vœux qui a déclenché la conception " (1993, p 20).

Toute femme devient parturiente à la puberté, qui matérialise la fécondité. Ce phénomène physio-biologique prend corps dans la réalité en même temps qu'il trouve résonance dans la réalité psychique, et ainsi ressort du symbolisme.

H. DEUTSCH (1949) avait pu dire que les menstruations relevaient d'un problème psychosomatique. M. M. CHATEL (1993) situe conjointement la question de la fécondité devenue réelle avec l'apparition des règles, à l'interface du somatique et du psychique.

" Les événements du corps féminin, << femelle >>, tels que les règles, l'acte sexuel, la grossesse, l'accouchement, l'avortement, sont des moments d'ouverture sur des phénomènes étranges, peut-être parce qu'ils convoquent le rapport d'une femme à sa mère. Il est fréquent de noter que lors de ces événements où du réel survient, les femmes éprouvent subjectivement comme une proximité physique parasitante avec leur mère - par flashes, intuitions, visions ou hantises - Le phénomène réel de la maternité, dans la mesure de sa mise en contact avec le corps de la mère et de son chiffrage, implique des expériences limites " (1983, p 57).

Ces expériences limites, M. M. CHATEL (1993) les qualifie d'expérience opaque, " vécue comme dangereuse dans laquelle le corps dans son obscurité somatique est engagé " (p 58).

Se référant à FREUD, lequel a nommé << continent noir >> le lien archaïque mère-fille, lien opaque, M. M. CHATEL (1993) rappelle que suite à la découverte de l'absence de pénis, la fille espérant recevoir de lui le phallus << manquant >> se tourne vers le père oedipien.

" Selon FREUD, cet appel << oedipien >> de la fille au père est bénéfique et structurant, c'est lui qui fait la féminité; reste le << continent noir >>, inaccessible qui en désigne l'autre aspect " (1993, p 59).

Sous cette forme condensée, se résume la primauté accordée dans l'oeuvre freudienne aux effets organisateurs pour la personnalité du complexe d'Oedipe.

La conception de LACAN, sur laquelle s'enracine l'élaboration de M. M. CHATEL, tente néanmoins d'accéder à ce << continent noir >>.

M. M. CHATEL reprend ainsi: " Pour LACAN, ce qui spécifierait plutôt la féminité, c'est le << continent noir >>, ravageant. En d'autres termes, l'appel au

père donateur de *phallus* ne serait pas premier dans la féminisation de la fille mais bien second au regard d'autre chose de plus substantiel, le pénible ravage qui s'éprouve entre mère et fille. La clinique semble abondamment confirmer cette deuxième thèse " (1993, p 60).

Ces états de ravage semblent bien échapper à " l'arpenage phallique " (p 61)

Ainsi, l'auteur conclut-elle:

" La maternité ne se transmet pas de mère à fille comme *le phallus* se passe entre hommes. Une fille ne pourra devenir mère - elle peut toujours enfanter, cela ne dit pas si elle devient mère pour cet enfant - que lorsqu'elle aura traversé le ravage par une forme d'arrachement, de détachement sans substitution. Elle doit abandonner l'espoir d'obtenir directement de sa mère l'autorisation d'enfanter " (1993, p 62).

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Avec la puberté, cette question de l'enfantement nous semble prépondérante.

Traversant cet état naturel, la fille, encore enfant, reçoit en " cadeau " , cette potentialité de devenir mère à son tour.

Véritablement, la petite fille peut-elle accueillir cet héritage à priori si naturel tel un présent, tandis qu'elle ne semble pouvoir le partager avec celle - sa mère - lui ayant donné naissance ?

Déjà bien avant la puberté, nous pouvons observer la petite fille tenir le rôle de mère. Au travers de ses jeux, avec sa poupée ou auprès d'un puîné, elle se prépare et anticipe déjà cette fonction. Seulement, la réalité de la fécondité et de la maternité est encore bien lointaine. Aussi, c'est sans danger pour elle, et pour la relation à sa mère, qu'elle peut la mettre en scène.

A la puberté, **cette potentialité devient un état**, qui actualise alors la question de la prétention à être mère.

D'après M. M. CHATEL (1993), la fille semble ne pouvoir chercher réponse auprès de sa propre mère.

J. M. DELASSUS (1995) précise que " c'est pour le moins risqué, ne serait-ce qu'en raison d'un passé tout récent où elle fut attaquée, et, aussi en raison de l'avenir, où pourrait bien apparaître une rude concurrence entre les deux femmes: il n'est pas sûr que la mère laissera sa fille lui succéder ou lui prendre réellement sa place. (...) Surtout est-il possible pour la femme de matérialiser le matricide jusqu'ici inconscient, en se substituant à sa mère, en l'écartant au point de la considérer comme disparue, ou même morte " (1995, p 126).

Les éclairages apportés par ces deux derniers auteurs pourraient-ils être en relation avec l'observation clinique dernièrement soulignée par LESTRADE et Coll (1997) à savoir que " l'aménorrhée n'est pas un symptôme dont l'anorexique se plaint et, **bien au contraire**, il faut le rechercher par l'interrogatoire pour qu'elle en fasse cas, souvent dans un **détachement** qui nous étonne " (1997, p 280).

Ainsi se voit introduit le point nodal de notre élaboration soutenue par la prépondérance d'une fantasmatique mortifère chez l'anorexique, et laquelle serait en mesure de fournir quelque élément de réponse au " curieux " détachement dont l'anorexique peut faire preuve quant, spontanément, elle n'a pas passé sous silence son état aménorrhéique.

* * * * *

* * * * *

* * *

4.3.3) Le fantasme matricide et l'anorexie mentale.

Ch. DEJOURS (1989), s'étant intéressé à la violence chez ses patients psychosomatiques, rappelle que J. BERGERET (la violence fondamentale, 1989) évoquait un premier temps dans le mythe d'Oedipe, précédant l'inceste et la

castration, en accordant une attention toute particulière à l'oracle, selon lequel, un des deux - père ou fils - doit mourir.

Pour Ch DEJOURS (1989), les sujets psychosomatiques " ont souffert non seulement des fantasmes infanticides de leurs parents, mais (qu') ils ont souvent été victime d'une violence mise en acte effectivement, dans la réalité, qui ne vise pas toujours la mort de l'enfant, mais au moins la destruction d'une partie de lui-même. " (1989, p 101).

Avec Ph GUTTON (1993) proposant une réflexion sur les phénomènes psychiques de la puberté, nous avons également entrevu l'émergence d'un mouvement pulsionnel archaïque d'une rare violence: " la conviction pubertaire est incestueuse et parricide parce que sa structure n'est pas, ou pas encore, oedipienne. Elle intègre l'infantile en le fragmentant de telle sorte qu'il n'y parait plus, au moment où les fantasmes qu'il contient se réalisent en actes " (1993, p 2).

Par ailleurs, M. M. CHATEL (1993) nous a dévoilé les aléas du rapport fille-mère à propos de la maternité et livre son interprétation de l'interruption volontaire de grossesse. A ce dernier propos, elle a pu dire:

" Alors elle (la femme) donne corps, par un acte signifiant, à l'enfant nécessairement exclu, à un << ange >> pour tenter l'accomplissement du désir d'autre chose, et elle en avorte réellement. Ce pas se fait au prix effectif d'un enfant qui ne sera pas, un enfant volontairement sacrifié, pour réaliser l'autre face de ce dilemme: ou mère ou femme qui travaille par exemple. " (1993, p 52-53).

Ainsi à différents endroits, avec DEJOURS (1989) et la psychosomatique, avec GUTTON (1993), CHATEL (1993) ou DELASSUS (1995) et la rencontre fille-mère dans la maternité, il est fait état d'une violence destructive, violence à la mesure des fantasmes qu'elle nourrit; fantasme infanticide et/ou matricide.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Les origines d'une telle violence nous semblent à l'oeuvre dans le processus anorexique.

Après avoir démontré que la puberté était impliquée dans la survenue du trouble, en ce qu'elle signifie fécondité et maternité, après avoir également signifié l'impossible transmission mère-fille autour de cette question, nous allons maintenant exposer notre compréhension des rapports existant entre la maternité et la problématique de l'anorexie mentale.

H. BRUCH (1979) a beaucoup décrit la dépendance de l'enfant à l'égard de sa mère, lui faisant prendre ses besoins à elle pour les siens propres.

A un autre niveau, Ph JEAMMET (1989, 1991) a rendu manifeste le lien de dépendance, lien d'attachement unissant l'anorexique aux imagos parentales infantiles.

D'autres travaux (GERO, 1957; HUDSON et Coll, 1983), de nature différente, ont évalué la fonction de la conduite anorexique dans l'économie psychique du sujet par rapport à la problématique dépressive. Ils concluent à une incapacité à élaborer, voire concevoir un travail de deuil, nécessaire à l'acceptation de la séparation d'avec l'objet.

Enfin I. KAGANSKI et B. REMY (1989) ont porté l'accent sur l'impossibilité à intégrer la loi de la différence de génération et sur la dénéiation de la réalité de la mort, sacrifiées à la loyauté envers la famille.

A relier ces analyses aux caractéristiques de la puberté, dont l'importance de l'apparition des menstruations n'est plus à démontrer, divers éléments de compréhension nous sont apparus.

La puberté, dans le passage qu'elle induit d'une position d'enfant vers celle, en maturation, de l'adulte, représente la marque du temps, qui, s'écoulant, interpelle le sujet dans la logique temporelle, si difficile à assimiler pour l'anorexique.

En 1984, B. GOLSE et P. GAREL en relevaient déjà toute l'importance: " les règles s'inscrivent comme représentant de l'écoulement d'un cycle dont elles scandent l'issue de manière scandaleuse: l'aménorrhée soulage ainsi l'adolescente de ce rappel sexuel mais aussi temporel " (1984, p 264).

Ainsi l'aménorrhée pourrait, outre le refus de la sexualité génitale, exprimer une tentative de maîtriser le temps, plongeant l'anorexique dans une " atmosphère d'immortalité ".

Pour ces mêmes auteurs, " le temps apparaît dès lors figé dans ce refus déterminé d'évolution il devient élément à maîtriser, son corps devant être détourné de l'obstacle oedipien tant est dangereuse la perspective entrevue " (1984, p 263).

Or, en étudiant l'anorexie mentale sous l'angle étiologique, nous avons pu démontrer que l'affection n'exprimait pas seulement une incapacité à assumer la sexualité génitalisée.

Brièvement, nous rappelons avec Ph. GUTTON (1993) que l'adolescence n'est pas une simple reviviscence du scénario oedipien, ou avec Ph JEAMMET (1994) " que les modalités de cette actualisation de l'Oedipe dépendront largement des données pré-oedipiennes " (1994, p 4).

Ph GUTTON distingue très clairement puberté et adolescence en ce sens qu'il isole " dans les processus d'adolescence les phénomènes psychiques de puberté ... Leur ancrage et leur étayage sur le réel introduisent une turbulence radicalement nouvelle dans << l'état identitaire >>. " (1993, p 1).

Quelques trente ans plus tôt, E. KESTEMBERG (1962), à propos des transformations corporelles de la puberté, évoquait quant à elle un sentiment d'inquiétante étrangeté face à ces modifications.

En effet, l'identité ne se fonde-t-elle pas sur le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle (ERICKSON, 1972).

Autrement dit avec C. THOUZERY-LORAS (1984) " ce qui fait le corps, c'est le temps qu'il porte en lui, c'est l'expérience de vie qui fait que sa démarche se déroule ou se casse, que son geste est lent ou rapide, que son regard est là ou au loin " (1984, p 275).

Or, l'anorexique ne cherche -t-elle pas à rejeter le temps au travers de ce corps où rien ne peut s'inscrire, même pas le rappel cyclique - et à fortiori profondément douloureux - des règles périodiques.

Effectivement, l'apparition des menstruations, symbolisant fécondité et maternité, ne peut que réactiver cette donnée temporelle, réalité inéluctable entraînant le sujet dans la spirale dynamique intergénérationnelle.

Cette perception peut se révéler menaçante pour l'équilibre psychique du sujet et/ou du système familial.

Pour C. MILLE et Coll (1996), " à l'instar du poète, les adolescentes anorexiques demandent au temps de suspendre son vol. L'éclosion pubertaire vient concrétiser la temporalité individuelle, rappeler l'inscription du sujet dans une diachronie, contester l'utopie synchronique de l'organisation familiale " (1996, p 558).

Ainsi, l'arrivée d'un nouvel enfant au sein de la famille nécessite un changement de position, bouleversant les rôles et places de chacun: la mère devient grand-mère, tandis que sa propre fille, engendrant, devient mère à son tour.

A cet endroit, un travail de deuil doit s'accomplir dans l'acceptation pour la fille de sortir de l'enfance et ainsi de reléguer la génération de ses parents dans la lignée grand-parentale.

Chez l'anorexique, un tel réaménagement des positions ne semble pouvoir être élaboré, ni même se concevoir. L'anorexique apparaît comme celle à jamais liée aux images de l'enfance au travers de la relation de proximité à sa mère; proximité si grande qu'elle se confond à sa mère et ne peut supporter la séparation.

Avec M.M. CHATEL (1993), nous avons perçu combien les règles, la grossesse, l'accouchement étaient des expériences limites, dans la proximité physique convoquant le rapport d'une femme à sa mère.

Dans cette perspective, l'apparition des menstruations se définit comme la première expérience limite, réactivant un corps à corps dans la relation mère-fille, qui, à son terme, dégage l'enfant du lien profond l'unissant à l'objet d'attachement.

Ainsi, si le traumatisme de la puberté est organisateur du développement ultérieur, il est aussi menace de rupture, face à ce lien psychique lui préexistant.

A ce sujet, E. BARRUCHI (1996) a pu dire:

" Evoquant les ruptures, il nous faut aborder le travail de deuil. Aux modifications physiologiques et pulsionnelles, entraînant un remaniement des défenses, s'associe

un mouvement intrapsychique de séparation et de perte d'objets. L'adolescent, en effet, doit se détacher des personnes importantes de son enfance, de ses anciens plaisirs et projets. Comme dans le deuil ou la déception sentimentale, l'adolescent doit renoncer à un type de relation sans espoir de retour. Les relations avec les parents sont principalement ici remises en question " (1996, p 25).

Cette réorganisation des modalités relationnelles sont extrêmement douloureuses à l'anorexique et ressenties par elle comme une profonde et véritable fracture, dans sa promiscuité à l'objet.

Là où la raison donne à voir la genèse, là où la génération des puînés succède à celle des aînés, l'inconscient reste, lui, impénétrable à une telle logique; intemporel: il connaît d'autres exigences.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Si l'enfant se doit de transiter par cette période, engagé sur la voie de la maturité; en écho, ce passage devient annonciateur d'un autre temps pour l'univers familial.

Et court le fantasme chez l'anorexique autour de la question de ce devenir: " L'Autre pourra-t-il survivre à ma perte ? ".

Pour D. BRUN (1990), une telle interrogation semble représenter un passage obligé, duquel la femme en devenir ne pourrait faire l'économie:

" Pour provocante que puisse paraître l'idée d'un **processus matricide**, je la crois propre à rendre compte du travail de séparation d'avec sa propre mère, que toute fille, toute femme en quête de son identité sexuelle se doit d'accomplir faute de demeurer hantée sinon parasitée à toutes les périodes de sa vie par l'image de sa mère réelle " (1990, p 46).

Précisant sa pensée, pour cet auteur, certains événements de vie peuvent y conduire brutalement et prématurément; tels la **maternité et la gestation** (dont, pour nous, les menstruations en seraient annonciateur et symbole), ravivant dans ses formes archaïques l'attachement au premier objet d'amour, duquel l'enfant doit fondamentalement se détourner pour accéder à une position féminine et élaborer son identité sexuelle. Un tel travail véritable remaniement de la réalité psychique, prend ainsi valeur de matricide, en ce qu'il signe " l'aboutissement d'un mouvement de recherche de la femme dans la mère " (1990, p 59), soit de celle qui a été une femme avant qu'elle n'enfante.

Or, pour avoir évoqué l'impossible séparation chez l'anorexique et le travail de deuil qui lui incombe, il nous faut préciser la nature de son attachement à l'objet primaire.

En effet, " on ne peut parler de l'anorexique sans aborder le problème de la relation parentale et maternelle essentiellement " (THOUZERY-LORAS, 1984, p 267).

B. SENSFELDER et Coll (1988) évoquent une scissure de la relation imaginaire entre mère et fille vécue comme idéale.

Pour ces auteurs, " la puberté va venir briser cette relation idéale imaginaire. En effet, la puberté est un fait de l'organisme qui s'inscrit dans le symbolique et l'imaginaire. A la puberté, le corps de la fille commence à avoir des manques que la mère ne peut pas combler, par exemple les règles. En fait, si la mère veut combler, il faut qu'elle fasse un enfant à sa fille, ce qui est biologiquement impossible " (1988, p 23).

Ainsi, c'est le développement de l'organisme de l'enfant qui rompt cette relation imaginaire idéale, risquant d'amener l'enfant à nier ce qui a mis en péril cette relation, soit l'organisme.

Pour C. THOUZERY-LORAS, chez l'anorexique, " la mère sent que cette possession lui échappe et la jeune fille le sentant veut détruire ce corps qui refuse d'être à l'image de la mère. Lui, veut affirmer son indépendance et l'anorexique va lutter contre lui pour qu'il redevienne ce que désire sa mère. Et la maladie anorexique arrive comme quelque chose venu de l'extérieur, dont personne n'est responsable: pas la mère, pas le père, mais la faute en est au corps ..." (1984, p 274); **corps mutant sous l'impulsion de la puberté.**

Relevant cette singularité dans l'effet que les transformations corporelles induisent chez la mère de l'anorexique, I. KAGANSKI et B. REMY (1989) qualifient l'investissement maternel de la fille " comme objet de complétude narcissique, comme << prolongement orthopédique de la mère >> " (1989, p 211).

Se référant à KESTEMBERG et Coll (1972), puis à SOURS (1980), AGMAN et Coll (1994) rappellent que " 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 " (1994, p 10).

Ceci maintenant précisé, tentons de mettre en relation la nature de l'investissement maternel avec la conception d'H. BRUCH (1990), qui en décrivant le processus de pensée dédoublée, prévalent dans le fonctionnement anorexique, nous a permis de cerner combien la sensibilité au fonctionnement psychique parental était grande, voire non différenciée.

Ainsi, au regard de cette sensibilité extrême, nous devons nous demander comment la pubère peut-elle vivre cette transition, tandis qu'elle pourrait fantasmatiquement craindre d'infliger à l'Autre, mère archaïque, l'ultime blessure narcissique.

La défaillance psychique de l'enfant face à l'investissement maternel narcissique, nous la repérons à deux niveaux.

D'une part, si l'enfant a à élaborer la séparation d'avec ses objets d'attachement, par retentissement la mère est également confrontée à un travail de deuil similaire (JEAMMET, 1991): elle quitte une enfant pour retrouver une adolescente.

D'autre part, comme l'investissement maternel de l'enfant anorexique est essentiellement de nature narcissique, comme la puberté symbolise fécondité et maternité dans la transmission et le partage impossibles de mère à fille, il apparaît que la qualité même de cet investissement sera en péril.

Et l'impossible partage deviendra présage de la menace pesant sur la relation du Sujet à son Objet, dans la dissolution de ce dernier voué à l'incomplétude narcissique.

C'est dans cette perspective que nous avons pu soutenir l'hypothèse de la prédominance d'un fantasme matricide.

Le lien psychique entre une mère et sa fille anorexique est tel que l'apparition des règles menstruelles introduit une grande confusion et génère une angoisse massive face au devenir de cette relation, que l'anorexique, par un mouvement régressif cherche à fixer hors de la réalité temporelle.

Et, cette confusion découvre la fonction de la conduite anorexique, sous-tendue par un refus de s'engager sur la voie de la maternité, symbolisée par la maturité somatique advenue.

Le symptôme aménorrhéique en est la traduction.

A reprendre l'équivalence de TILMANS (1995) manger = grossir = grandir, nous pouvons maintenant la compléter avec DOLTO (1984), référant " grossir " à " grossesse ".

Chez l'anorexique: manger = grossir = grandir = grossesse.

D. LAGACHE (1938) a pu dire à propos du travail de deuil qu'il correspondait en somme " à tuer le mort ".

" Tuer le mort " chez l'anorexique correspondrait à " Tuer le fantôme ", fantôme de l'enfant à venir, annoncé par l'apparition des règles, signifiant fécondité et maternité. Ce meurtre symbolique a pour finalité de préserver la relation du Sujet à son Objet et son accomplissement narcissique.

A cet endroit, il nous semble possible de rejoindre la compréhension de C. MILLE (1996) pour qui le processus anorexique traduit le sacrifice de l'adolescente, sacrifice qui " a d'abord pour fonction d'apaiser la violence et d'empêcher les conflits d'éclater à l'intérieur d'une communauté dont il renforce ainsi l'unanimité " (1996, p 559).

L'enfant devenant mère potentielle accule doublement son représentant maternel, par sa perte même en tant qu'enfant, et, en l'introduisant dans la loi des différences de génération, atteste de la précarité du rôle maternel, comme d'une unanimité à jamais rompue.

En dernier lieu, et avant de tenter de valider notre hypothèse par des illustrations cliniques, nos considérations sont les suivantes: l'anorexique développe une stratégie de repli face à la maternité rendue possible avec la puberté; position de repli qui nécessairement interroge à un niveau identitaire la relation, réelle et imaginaire, de l'enfant à sa propre mère, ainsi que son devenir.

Cette insoutenable position dans le fantasme matricide qui l'accompagne, entraîne un refus de s'engager davantage dans le processus de maturation. Ce refus se traduit par un repli régressif et la force de ce mouvement est telle qu'elle semble défier l'évolution ontogénétique, en maintenant par delà la maîtrise corporelle " un corps prépubertaire infantile " (CORCOS, JEAMMET, 1997).

En fait, l'anorexique tente désespérément de s'affranchir de l'ordre naturel, en se soustrayant aux processus de maturation physio-biologique, et ce en raison de la prégnance du fantasme morbide, fantasme matricide.

Par là, elle cherche à retrouver une position antérieurement connue, à la mesure même de ce que B. SENSFELDER et Coll (1988) ont souligné à propos de la mère de l'anorexique:

" la demande de la mère n'est pas de retrouver une fille qui mange, ce n'est pas là l'objet principal de ses dires, pour elle il s'agit de retrouver sa fille prépubère, c'est à dire comblable sans restriction " (1988, p 23).

Et sa fille anorexique, dans sa propre représentation, pourrait tenter de répondre à ce souhait, de toujours combler sa mère.

Car, sans elle, nous rappelle THOUZERY-LORAS (1984), " elle est perdue lorsque sa mère n'est plus là, elle ne sait pas qui elle est et à l'instant où son corps se réveille différent de celui que sa mère attendait elle va le lui faire payer cher. Elle le détruit pour faire inconsciemment plaisir à sa mère, pour être comme sa mère veut qu'il soit " (1984, p 272).

Tenu pour responsable de tous leurs malheurs (condensant ceux de sa mère comme les siens propres) elle sacrifie son corps.

Cet état, sacrificiel, nous semble pouvoir correspondre à ce que F. COUCHARD (1991) développe dans son ouvrage " **Emprise et violence maternelles** " .

La notion d'emprise, dont la prégnance peut tendre jusqu'à la violence, évoque domination et mainmise sur l'autre. " Le terme parle à l'imaginaire par la force de son préfixe qui évoque l'emprisonnement, la prise venant confirmer l'impact du corporel " (1991, p 3).

Dans ces excès, l'emprise dépossède l'autre au point d'anéantir ses désirs et son individualité.

Pour cet auteur, le secret gardé par la fille sur la survenue des règles serait en rapport avec l'emprise; et ainsi le refus des règles par la fille coïnciderait " fortement avec les injonctions maternelle et sociale d'avoir à faire le deuil de son enfance " (1991, p 96).

Alors mère et fille se rencontreraient et se renforceraient dans un désir commun d'emprise sur le corps, afin que rien, jamais, ne change, n'évolue.

Car à l'adolescence, espace intermédiaire - (transitionnel serions-nous tentée de dire pour reprendre la terminologie de D. W. WINICOTT (1951) qui, décrivant cette sorte d'entre-deux entre la mère et son enfant, définissait l'objet transitionnel comme le prolongement et du corps de la mère et du corps de l'enfant -) entre l'enfance et l'âge adulte, la fille aurait pour pouvoir grandir, à se dégager de l'emprise maternelle; parcours d'autant insurmontable pour l'anorexique, dont nous connaissons maintenant la forte dépendance affective à la mère et son corollaire, soit une extrême vulnérabilité devant les sacrifices maternels. La mère de l'anorexique, de par sa maternité, de par l'existence même de son enfant fille, n'a-t-elle pas renoncé à toute autre chose que celle venant combler son enfant?

D'après F. COUCHARD (1991), " la fille demeure, dans toute les cultures, celle qui dans la vie quotidienne est la plus proche de la mère qu'elle seconde, prenant sur elle une part de son fardeau; semblable à la mère, femme comme elle et future mère, elle endossera plus que quiconque, la responsabilité et la culpabilité des malheurs maternels " (1991, p 126).

Ainsi comprenons-nous le paradoxe dans lequel la pubère se situe, tiraillée par sa maturation la portant vers l'âge adulte et gagnée par le désespoir dans lequel cette croissance même la plonge au regard de sa culpabilité vis à vis du sacrifice maternel.

* * * * *
* * * * *
* * * *

Alors, au travers de son comportement à l'adresse de son corps, il nous semble percevoir une détresse similaire, inélaborée chez l'anorexique, qui ne pouvant se résoudre à **grandir**, laisse à jamais en suspens cette question de la culpabilité face au sacrifice maternel.

En résumé, dans ce chapitre, nous avons isolé, en référence aux travaux de C. DEJOURS (1989) la zone corporelle ventrale comme lieu symbolique, étant entendu que le recours à l'agir corporel est déjà langage métaphorique.

Centrée autour de cette question de la place réservée au corps dans l'économie du fonctionnement psychique de l'anorexique, il est à préciser que la théorie analytique du corps est également théorie du fantasme (CELERIER, 1989). Et dès lors que le lien archaïque mère/enfant est interrogé, il est qualifié de mortifère (Mc DOUGALL, 1989), ou suscite des développements sur l'emprise maternelle et/ou le sacrifice (COUCHARD, 1991) de l'enfant, ou encore explicite l'impossible transmission de la maternité (CHATEL, 1993) de la mère à son enfant-fille.

Sur la signification contenue par cette zone ventrale, nous avons soutenu notre réflexion de la compréhension du phénomène pubertaire sous l'angle de la fécondité/maternité (DEUTSCH, 1949, DOLTO, 1984), et non sous l'angle de la sexualité.

Tout dernièrement, nous nous croyons confortée dans notre intérêt centré sur le troisième terme de la triade symptomatique de l'anorexie par les éclairages apportés par M. CORCOS, Ph JEAMMET et Coll (septembre 1997). En effet, ces derniers consacrant un article à la grossesse et à l'infertilité dans les troubles des conduites alimentaires, semblent être en résonance avec notre réflexion soutenue par la recherche d'une fonction symbolisante à l'oeuvre dans la dialectique entre le corps et la psyché chez l'anorexique.

Pour ces auteurs, la mauvaise perception des dangers somatiques encourus " n'est pas uniquement le fruit d'une dénégation ou d'un déni, mais participerait aussi insidieusement à un processus inconscient de substitution d'une invalidité physique à une invalidité psychique (qui peut avoir un effet économique auto-calmant) et à un processus pervers et masochique, exprimant une agressivité directement adressée aux parents par l'intermédiaire du corps. La problématique de << filiation narcissique >> instituée par la mère interroge, par ailleurs, la patiente sur ce qu'elle est susceptible de transmettre " (1997, p 433).

Cependant, là où M. CORCOS, Ph JEAMMET et Coll. concluent leur article en nous interpellant sur la transmission entre l'anorexique et son enfant en raison du lien narcissique développé - et maintenu - avec sa propre mère (interprétation que nous n'excluons pas par ailleurs), nous avons choisi, pour notre part, de mettre l'accent sur la relation entre le sujet anorexique et l'objet archaïque et ainsi sur le devenir de l'imgo maternelle.

Aussi, afin de toujours nous situer dans la lignée de notre hypothèse de recherche, nous réaffirmons que le sacrifice de l'enfant à venir, signifié par l'aménorrhée (au sens de C. DEJOURS (1989) soutenant l'existence de somatisations symbolisantes) est sous-tendu par une fantasmagorie mortifère.

De fait, si nous interprétons le processus anorexique comme un acte portant atteinte à la fonction de reproduction advenue à la puberté, l'aménorrhée représente alors l'équivalent symbolique d'un processus fantasmagorie, dénommé par nous-mêmes **fantasme matricide** à l'instar de l'existence d'un processus matricide à l'oeuvre dans le travail de séparation d'une fille pour sa mère (BRUN, 1990).

Donc, par ce recours à l'agir, l'anorexique dans un mouvement régressif, signifie sa difficulté à intégrer la loi de la différence des générations (REMY, KAGANSKI, 1989) ainsi que sa non-inscription dans une continuité temporelle individuelle (MILLE, 1996) commuant alors le mythe (ou l'illusion) familial (CELERIER, 1989).

Pour notre part, cette question, nous tacherons de la reprendre, et de la mettre en évidence, à travers des illustrations cliniques. Celles-ci seront présentées au lecteur après l'exposé méthodologique qui va maintenant être développé pour mettre à l'épreuve notre hypothèse centrale de recherche.

CHAPITRE V

METHODOLOGIE

" Il faut s'y résoudre: dans notre science, toute approche vivante et dynamique laisse inéluctablement un manque quelque part. C'est un paradoxe qu'il faut accepter, mais ce paradoxe est seul fécond " (G. PANKOW, 1977, p 11).

5.1) Contexte de la recherche: conditions de sélection de la population.

Nous rappelons que nous travaillons dans un service de psychiatrie adulte et que nous sommes détachée sur des structures extra-hospitalières, composées d'un hôpital de jour et d'un centre psychothérapique.

De fait, ces structures de soins ne sont donc pas spécialisées dans l'accueil et la prise en charge de sujets anorexiques.

* **Aussi, une limite** inhérente à notre cadre professionnel s'impose d'elle-même d'une part quant à la constitution de notre échantillon, et d'autre part en raison de notre statut de psychologue clinicienne.

Dans une telle situation d'intervention et de mise en place de notre dispositif de recherche, notre double position - celle de clinicienne et celle de chercheur - nous semble importante à clarifier, voire primordiale à l'élaboration et validation de notre contexte de recherche.

En 1981, C. REVAULT d'ALLONNES et BARUS-MICHEL envisageaient la possibilité pour le chercheur de travailler à partir de situations réelles d'engagement des individus.

En 1989, C. REVAULT d'ALLONNES et Coll dans " la démarche clinique en sciences humaines " réaffirmaient leur point de vue: " Il peut s'agir ... de situations de type thérapeutique individuel ou collectif dans lesquelles le clinicien répond à une demande " (1989, p 110). Plus loin, ils ajoutaient encore " une recherche peut prendre appui sur une thérapie " (1989, p 165).

Seulement, si tel était le cas, ces mêmes auteurs sollicitent l'attention du clinicien à ne pas éprouver un besoin de recherche qui correspondrait à adopter défensivement, une attitude de recherche visant à le sécuriser dans un moment difficile de la prise en charge thérapeutique.

En cela, la réflexion deviendrait un outil contre l'angoisse, éprouvée par le clinicien et rencontrée à des degrés d'intensité diverse selon la résonance qu'elle trouverait.

C. REVAULT d'ALLONNES et Coll rappellent qu' " un des moyens dont dispose le clinicien pour conserver, par delà l'angoisse, l'intégrité de son fonctionnement psychique et intellectuel se situe dans la réflexion ... Tout en aidant le patient à prendre conscience des causes de sa souffrance, la réflexion fonctionne comme moyen de se dégager de l'emprise qu'exerce sur lui l'angoisse " (1989, p 159).

Accordant toute notre considération à cette stratégie défensive, il reste néanmoins possible pour ces auteurs qu'une recherche prenne " appui sur le matériel issu d'une thérapie; cette méthode exige du praticien chercheur une vigilance soutenue puisque la demande thérapeutique du sujet prime sur le recueil d'informations du chercheur. Il ne peut, dans ce cas, intervenir en fonction de ses hypothèses de travail et s'efforce de rester disponible à la demande du patient; le travail de recherche n'intervient, en principe que dans l'après-coup de la thérapie " (1989, p 164).

Dès lors, et sans plus attendre, il nous faut ici préciser que deux sujets, rencontrés régulièrement sur des périodes respectives de six mois et un an, n'étaient déjà plus suivis par nous-mêmes lorsque notre hypothèse de recherche fut formalisée. L'état d'esprit, dans lequel nous nous sommes trouvée, pourrait tout à fait être illustré par les propos de N. GUEDJ " Cette relation que nous engageons avec les familles

dans la réalité va être le moteur de la recherche, un des éléments le plus important de ce travail " (1996, p 88).

Ainsi notre relation engagée auprès de quelques anorexiques a motivé, comme " nourri ", dans un second temps, notre élaboration théorico-clinique.

Auparavant, C. REVAULT d'ALLONNES et Coll (1989) en rendaient déjà compte:

" Le psychologue est (donc) toujours confronté à une interrogation sur sa conduite et sur ses interventions dans le but d'évaluer leur pertinence et de les réajuster. Cette interrogation fonde et engage sa réflexion " (1989, p 158), réflexion qui peut " ouvrir à un questionnement de recherche " (1989, p 158).

Ainsi, concluent-ils quelques pages plus loin, que " la réflexion sur la pratique apparaît comme un tremplin possible pour passer de la pratique à la recherche " (1989, p 162).

De fait, préserver notre identité de clinicienne face à celle de chercheur ne nous semble donc ni paradoxal, ni antagoniste, mais tout au contraire, pourrait présenter certains avantages.

De plus, cette volonté nous a permis de rester en accord avec notre éthique et d'inscrire notre démarche au coeur de notre conception déontologique. Et, comme judicieusement N. GUEDJ le clarifie quand elle interroge la place du chercheur et son objet, il existe certains travaux qui impliquent " nécessairement un engagement thérapeutique en raison du caractère dramatique et pathogène du thème de notre recherche " (1996, p 68); caractère dramatique et pathogène qui nous semble tout à fait possible d'objectiver auprès de notre population d'étude.

Plus récemment encore, PERRON et Coll (Juin 1997) situent la position du clinicien en aval et même à l'origine de celle du chercheur:

" En psychologie clinique, en tous cas, c'est, dans l'ensemble, à partir des problèmes de la pratique, des incertitudes et des interrogations du clinicien que progresse la connaissance ... c'est bien du << terrain >> que part alors la recherche. A cet égard le praticien précède le chercheur et l'universitaire ... (1997, p 23).

* **Une seconde limite** nous est apparue alors que nous envisagions de solliciter des services spécialisés dans cette affection; éventualité que nous avons préféré écarter.

En effet, nous n'avons pas souhaité mener notre étude sur une population généralement hospitalisée pour malnutrition avancée et dans le but d'écartier tout danger physique.

Nous adoptons tout à fait le point de vue soutenu avec insistance par H. BRUCH (1990), à savoir qu' " un certain rétablissement nutritionnel est indispensable avant qu'on puisse procéder à une exploration psychothérapique valable " (1990, p 10).

Aussi, en accord avec ce principe, nous avons estimé que notre milieu d'exercice professionnel se révélait adéquat.

D'une part, le fait d'accueillir des sujets suivis en ambulatoire sous-entend un état physique qui n'est pas trop détérioré.

D'autre part, il nous apparaît important de réfléchir sur toute demande, à partir de laquelle et sur laquelle s'origine un travail psychothérapique. En effet, la demande est préalable et déterminante à l'établissement comme à la nature de l'alliance thérapeutique.

Nous avons accordé à cette question un grand intérêt car, comme le souligne avec justesse H. BRUCH (1990) " les anorexiques répugnent souvent à se soumettre à un traitement, et, particulièrement à suivre une psychothérapie. Cette mauvaise volonté confronte le psychothérapeute avec un certain nombre de problèmes contradictoires et parfois insolubles, y compris le dilemme qui consiste à soigner un patient sans son consentement " (1990, p 93).

Pour cela, H. BRUCH, les avait dénommées les malades réfractaires.

Et ces " réfractaires " nous semblent l'être encore bien davantage tandis que nous les rencontrons dans le cadre d'une hospitalisation fréquemment imposée en raison de la dégradation de leur état de santé et par décision d'autrui.

J.A. SERRANO et Coll (1996) l'expliquent clairement: " ... les patientes anorexiques sont souvent hospitalisées << contre leur gré >> suite à des décompensations somatiques plus ou moins graves. La gravité de la *crise somatique*, motif de l'hospitalisation, ne signe cependant pas nécessairement l'émergence d'une *demande d'aide* << psychologique >> " (1996, p 353).

Dans une telle situation, l'accent est porté de part et d'autre - du côté de l'équipe médicale comme du côté de l'anorexique - sur la nourriture et le seuil pondéral (souvent à cause d'un contrat-poids). Ceci induit, quand l'échange est accepté par le sujet, une centration, intrinsèque mais aussi extrinsèque à la personnalité du sujet, sur les contenus alimentaires.

* **Une dernière raison** s'impose également dans le fait qu'une intervention de notre part dans un service extérieur au nôtre ne pourrait qu'être limitée dans son champ d'action du fait même de notre position de chercheur; alors que nous souhaitons, afin de soutenir un travail d'élaboration psychique, nous situer en tant que thérapeute.

Un tel objectif ne nous semble pas réalisable dans de telles conditions au motif que la patiente serait préalablement prise en charge par une équipe soignante, et éventuellement déjà engagée dans un travail thérapeutique.

De plus, quelques entretiens ne nous apparaissent pas suffisants à l'instauration d'une relation de confiance, comme à introduire l'anorexique au coeur d'une démarche d'introspection.

H. BRUCH (1990) rappelle que " les malades anorexiques sont généralement persuadées de la justesse de leurs réactions et du bien-fondé de leur comportement. Elles croient profondément ne pas avoir besoin de traitement, et surtout pas de psychothérapie " (1990, p 21).

Cette réalité clinique rend difficile le traitement de l'anorexique, qui, loin d'adhérer au protocole de soins, peut clairement manifester une attitude de refus et d'opposition. Ainsi, l'alliance thérapeutique, élément essentiel, est d'autant compromise.

Pour BORDIN (1979), l'alliance thérapeutique, établie entre le thérapeute et son client, est constituée de trois éléments; d'une entente sur les buts et les tâches de la thérapie et du développement de liens affectifs.

Toutefois, il est tout à fait envisageable que ces résistances manifestes soient verbalisées et motivées durant les entretiens préalables à la thérapie.

Notre expérience clinique, inspirée des enseignements d' H. BRUCH, nous a permis d'éprouver une stratégie, contournant et/ou atténuant la réaction d'opposition du sujet développée avant et durant notre rencontre.

Il nous est apparu que cette franche opposition traduit avant tout une volonté consciente de rejeter tout contenu se rapportant aux pratiques alimentaires proprement dites. Aussi, une position sincèrement énoncée, en ce qu'elle tente de se détourner de l'alimentaire comme de l'amaigrissement, nous a semblé prendre une valeur rassurante chez nos sujets, que certains ont pu d'ailleurs exprimer dans l'après-coup.

Notre attitude intuitive a également produit un effet de décentrage face aux pressions exercées par l'entourage de l'anorexique et centrées sur la conduite alimentaire

5.2) Constitution de l'échantillon.

Celle-ci sera sélectionnée, pour les raisons exposées ci-dessus, à partir de notre exercice professionnel.

Le nombre de sujets apparaîtra en quantité limitée, ce qui pourrait représenter un écueil méthodologique important aux vues de la généralisation de notre hypothèse de recherche.

Cependant, notre argumentation à ce propos s'appuie sur les considérations théorico-cliniques suivantes:

- J.D. GUELFY (1976) adopte le point de vue de la plupart des auteurs contemporains, à savoir que l'anorexie mentale, en tant que syndrome clinique, se présente d'une extrême variabilité d'un cas à l'autre.

- Quelques dix ans plus tard, B. BRUSSET (1985) estime que " plus le travail psychanalytique avec des anorexiques est approfondi et plus chaque cas révèle son originalité, de sorte qu'il est artificiel de décrire un type (ou plusieurs types) " (1985, p 176).

Dans cette optique, notre souci a tenté de préserver le sujet dans son individualité et son originalité, et de le considérer non comme un " cas clinique ", mais bien comme un sujet à part entière.

A cet instant, nous pouvons également percevoir la nécessité d'un travail davantage en profondeur que ne pourraient le permettre quelques entretiens menés auprès de nombreux sujets.

Récemment D. WIDLÖCHER (1990) a accordé une grande importance au " cas au singulier ", et a tenté d'en justifier la validité scientifique.

Son argumentation s'étaye sur un fondement historique, déjà relevé par d'autres. En effet, W. HUBER (1987) rappelle que " l'observation approfondie et prolongée de cas individuels est une méthode pratiquée de longue date en médecine et en histoire, En psychologie, l'importance de l'observation approfondie et prolongée de cas individuels a été reconnue dès le début de sa fondation comme science empirique, et on doit remarquer que la discussion de ses possibilités et problèmes a récemment regagné en actualité " (1987, p 177).

FREUD lui même, en outre dans son article " Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique de cette affection " (1911) n'avait-il pas cherché à démontrer comment d'un cas singulier pouvait émaner une loi générale. N'est ce pas encore de la description du cas du petit HANS (FREUD, 1909) que l'existence de la névrose infantile avait été dévoilée ? Ou encore, l'analyse d'un de ses propres rêves, le rêve de l'injonction faite à IRMA (FREUD, 1900), - " Rêve inaugural pour sa recherche " (1989, p 183) comme l'écrivent C. REVAULT d'ALLONNES et Coll - n'avait-il pas suffi à formaliser l'interprétation des rêves ?

A la suite de S. FREUD, précurseur de la présentation clinique de cas individuels, bien d'autres, depuis, y ont recouru.

Aussi, D. WIDLÖCHER (1990) arrive t-il à la conclusion que " la description du cas type demeure l'objet privilégié de la communication scientifique en psychanalyse. Toujours l'intention est la même: montrer par un cas exemplaire l'existence d'un état mental ou d'un mécanisme jusqu'alors inconnu ou insuffisamment pris en considération " (1990, p 288).

Confrontant la démarche expérimentale, dont l'objectif favorise l'établissement de lois générales, à la démarche clinique prônant l'unicité de chaque cas, l'auteur interroge le bien fondé de chacune d'elle.

Selon D. WIDLÖCHER (1990), la référence accordée à un résultat mesuré en terme de moyenne est nécessaire dès lors que l'on souhaite décrire une large

population, mais semble également perdre de sa valeur dans le sens où, dégagant des lois générales, cette référence neutralise les différences interindividuelles, ce qui équivaudrait à " effacer une partie de l'information " (1990, p 292).

En cela, D. WIDLÖCHER rejoint J.P. LEYENS (1983) qui, intitulant un des chapitres de son ouvrage " un exemple vaut mieux que dix preuves statistiques " (1983, p 194-202) cherchait déjà à attester de la force persuasive de l'étude de cas.

Convaincu de la richesse des apports psychanalytiques s'étayant donc sur le modèle du " cas exemplaire ", et pour la connaissance psychologique, D. WIDLÖCHER (1990) argumente en faveur du retour au cas clinique individuel, l'exception présentant un intérêt certain et offrant un enseignement aussi évident que la généralisation d'une observation ou d'un événement.

Dans une telle perspective, ce même auteur estime que l'étude approfondie de cas uniques mérite d'être élevée au rang scientifique, et bien davantage encore d'être " de nouveau considérée comme une nécessité scientifique " (1990, p 292).

Pour lui, c'est en fait ce qui échappe à l'énoncé généralisable qui favorise " la découverte, la surprise voire le paradoxe. Il (le cas singulier) montre ce que l'on ne s'attendait pas à trouver, l'improbable, l'exceptionnel " (1990, p 298).

C. REVAULT d'ALLONNES et Coll évoquaient quant à eux le doute " Dans le travail, ô combien difficile, de l'étude de cas, c'est bien le doute qui est la méthode de recherche, le garant de l'honnêteté, de l'ouverture, de la fiabilité d'une démarche ..." (1989, p 85).

Dans son développement, D. WIDLÖCHER précise encore qu' " une seule expérience bien faite, dit-on, suffit à démontrer la validité d'une hypothèse. Une observation bien conduite pourrait avoir le même pouvoir, mais à quelles conditions ? En somme, le cas singulier est doublement unique; non seulement il repose sur l'individualité du sujet observé, mais il fonde sur l'unicité de l'observation la preuve de l'hypothèse " (1990, p 296).

Mais que pouvons nous comprendre par " une seule expérience bien faite " ou " une seule observation bien conduite " ? A ce propos, D. WIDLÖCHER (1990) nous éclaire en rappelant que l'illustration clinique freudienne procédait toujours d'une longue et minutieuse observation. Pour notre part, **cette argumentation soutient, telle une évidence, notre volonté d'affirmer que quelques entretiens**

cliniques répétés auprès d'un certain "nombre" de sujets, ne suffisent pas à garantir la validité de notre hypothèse de recherche.

D'après C. REVAULT d'ALLONNES et Coll " aucune étude de cas ne prétend à faire l'histoire de la nature humaine. Mais par contre, à partir d'éléments recueillis dans une ou plusieurs histoires singulières, elle ne vise pas seulement à dégager le sens de chacune d'elles, mais aussi le processus et leurs variations qui sont à l'oeuvre chez différentes personnes ou catégories de personnes placées dans des situations particulières " (1989, p 82).

Dans notre esprit, il est clair, comme le signifie également D. WIDLÖCHER, que " l'observation d'un fait singulier sur un seul individu nous permet seulement un jugement d'existence " (1990, p 298). Mais un seul " jugement d'existence " mérite autant d'attention qu'une généralisation étayée par des observations multiples.

Ainsi, c'est avec beaucoup de modestie que nous souhaitons participer et contribuer à la recherche clinique dont l'objectif a été dernièrement reformulé par M. BOUVARD et J. COTTRAUX (1996): " les protocoles de cas individuels représentent une manière simple, originale et adaptée de promouvoir la recherche clinique " (p 19, 1996).

Tel fût - et tel est encore - l'état d'esprit qui nous habite et qui nous fit opter pour une présentation individuelle, témoignage d'une rencontre.

Et puis, le sujet, anorexique qu'il est, ne cherche t-il pas simplement à exister, à donner du sens à son Etre?

Tout dernièrement, PERRON et Coll (Juin 1997) réactualisent les propos de D. WIDLÖCHER (1990) en faveur de l'étude de cas, et affirment leur volonté de la considérer comme une authentique méthode.

Ainsi, pour ces auteurs, " l'étude de cas n'est pas seulement une source d'idées et d'hypothèses extrêmement féconde. Elle n'est pas seulement la première méthode pour explorer un domaine nouveau. **Elle est aussi reconnue comme une méthode à part entière ...** " (1997, p 269).

Et cette reconnaissance semble associée " à l'évaluation des interventions thérapeutiques dont la nécessité s'est imposée avec de plus en plus de force "

(1997, p 269); propos argumentant une nouvelle fois en faveur de l'antériorité de la position de clinicien face à celle, secondaire, de chercheur.

Bien davantage encore, afin de démontrer les interactions, croissantes au cours de cette dernière décennie entre la pratique et la recherche, PERRON et Coll privilégient " **la méthode du cas unique comme point de rencontre entre l'activité clinique et de recherche** " (1997, p 267).

En cela, l'étude de cas uniques présente alors de nombreux avantages, en ce qu'elle favorise l'analyse de phénomènes rares, le développement de techniques nouvelles, ou l'interrogation des conceptions théoriques existantes.

Maintenant, face au symptôme aménorrhéique, retenant dans cette recherche notre attention, il est bien certain qu'il ne saurait constituer en soi un phénomène rare dès lors qu'il participe d'emblée à la triade symptomatique de l'anorexie, comme à son diagnostic. Toutefois, il pourrait néanmoins être considéré comme tel au regard du peu ou prou d'intérêt et de recherches cliniques qu'il a, pour nous, jusqu'alors suscité.

Egalement, si notre volonté n'est pas ici de remettre en question les conceptions théorico-cliniques actuelles, notre modeste contribution à la compréhension du processus anorexique visera peut-être à les enrichir ...

Toutefois, reste en suspens la question sensible de la généralisation des hypothèses de recherche, les auteurs relevant que ... " la recherche à cas unique est réputée pour sa faiblesse quant à la généralisation des résultats " (1997, p 269).

Ainsi, consciente de cet écueil méthodologique et dans un souci de répondre aux exigences méthodologiques - et à leur rigueur - requerrées pour un tel travail de recherche, nous avons choisi de compléter nos deux illustrations cliniques approfondies par l'analyse de deux protocoles de tests projectifs (que nous présenterons ultérieurement), obtenus auprès d'autres sujets anorexiques, et ce dans l'objectif d'enrichir et de valider à l'aide d'autres outils notre hypothèse théorique.

Ainsi, nous garderons à l'esprit que cette présentation - complémentaire et restreinte en soi (car portant sur deux protocoles) - réitère notre position méthodologique en faveur de la méthode du cas unique.

Illustrant le choix de celle-ci par quelques exemples variés, PERRON et Coll (1997) envisagent le recours aux techniques projectives en psychopathologie pour une recherche de terrain, " définie par des travaux effectués par des cliniciens, sur de << vrais >> patients avec des instruments habituels de la pratique " (1997, p 283); et concluent qu " il n'existerait aucune raison de qualifier de << réflexions >> seulement ce qui est une << recherche >>, dans tous les sens du terme " (1997, p 283).

De fait, pour terminer sur cette argumentation, le seul critère quantitatif - bien qu'en soi recevable - ne saurait, pour nous, suffire à invalider les conclusions de notre recherche; celles-ci, rappelons-le une dernière fois, ne cherchant pas l'accès à la généralisation mais à prononcer un " jugement d'existence ", pour reprendre la terminologie de D.WIDLÖCHER (1990).

* * * * *

* * * * *

* * * * *

5.3) Sélection de la population d'étude.

Afin de réunir des sujets présentant des caractéristiques qui, sans être identiques, seront tout au moins équivalents ou comparables, nous avons retenu des critères invariants afin de favoriser une constitution relativement homogène de notre population d'étude.

5.3.1) Les critères d'inclusion.

* Tous nos sujets seront de sexe féminin.

Ce critère électif est directement lié à notre objet d'étude.

D'une part, nous avons vu que l'anorexie mentale est un trouble essentiellement à expression féminine, les femmes étant à 90-95% sur-représentées.

F.D. KRCH (1991) s'intéressant aux troubles alimentaires, a, en quelques dix années de pratique, examiné cent vingt malades, dont six seulement, étaient des hommes.

Plus récemment, B. BRUSSET (1995) réaffirme dans un article, consacré à l'anorexie mentale, cette prévalence féminine.

D'autre part, nos hypothèses de recherche tendent à démontrer la relation existant entre la conduite anorectique et l'accès à une maternité potentielle, refusée par la présence symptomatique de l'aménorrhée en raison d'une résonance fantasmatique mortifère.

* Les sujets, retenus pour la constitution de notre échantillon, présenteront un maintien à un seuil pondéral suffisant, soit à un poids ne présentant aucune dangerosité pour la vie du sujet.

Si tel n'était pas le cas - une de ces femmes pesait à peine trente kilos - notre mission et notre éthique en tant que psychologue clinicienne aura avant tout pour objectif d'obtenir le consentement de la personne à une hospitalisation favorisant une reprise pondérale.

En effet, l'hospitalisation intra-muros se révèle parfois nécessaire afin de pallier les effets de la malnutrition, portant à conséquence tant au niveau physique que sur le plan psychologique.

D'après H. BRUCH (1990), " il existe deux phases dans la perte de poids: l'une est en rapport avec des facteurs psychologiques qui doivent, finalement, trouver une solution dans la psychothérapie; l'autre est en rapport direct avec la malnutrition qui a tendance à se perpétuer comme en un cercle vicieux " (p 20).

Pour cet auteur, un poids minimal doit être requis afin de permettre l'engagement du sujet dans une démarche psychothérapique.

Ainsi, si une prise de contact avait été réalisée durant l'hospitalisation intra-muros, les sujets auraient été avertis des difficultés psychologiques inhérentes à leur état de santé physique.

* L'âge chronologique des sujets, au moment de la consultation psychologique nécessite une réflexion spécifique. La limite fixée prend appui sur la définition du CMI-10 (1992), situant la survenue du trouble de la proche puberté jusqu'à la ménopause.

Ainsi, une borne intrinsèque sera déterminée par notre objet d'étude et nos hypothèses, établissant une relation entre l'anorexie et la puberté; cette dernière, rappelons-le, faisant son apparition chez la fille entre dix et douze ans. (cf chapitre 4.2.1, p 26).

Cependant, si nous présupposons d'une relation prégnante entre la puberté et l'affection, nous admettons avec B.BRUSSET (1995) que le processus anorexique peut émerger à un âge chronologique plus tardif. D'après celui-ci, " de récentes études des variables de la personnalité et de symptômes psychiatriques par les échelles psychométriques conduisent certains auteurs à distinguer la forme primaire, de onze à dix huit ans, **réactionnelle à la puberté** ... " (1995, p 1699).

Orientant notre réflexion autour des avatars psychiques de la puberté, nous aurions pu centrer notre sélection sur des sujets entrant dans la puberté.

Toutefois, notre position, en référence à la définition précitée, permet de travailler avec des sujets plus âgés, et ce sans pour autant remettre en cause l'homogénéité de l'échantillon.

En effet, nous considérons que l'homogénéité de notre population d'étude se constitue à partir de **la convergence signifiante** témoignant de l'impact traumatique voire post-traumatique de l'avènement pubertaire à l'origine du conflit identitaire des sujets.

Autrement formulé, il nous faudra attester de la liaison entre l'émergence, " la naissance ", du processus anorexique et la puberté, et ce quel que soit l'âge auquel le processus se déclenche, comme quelque soit l'âge chronologique auquel nous rencontrons les sujets, qu'ils soient pubère ou adulte.

Dans ce dernier cas, nous rendrons explicite ou démontrerons, par causalité, la relation existant entre le tableau symptomatologique - pouvant donc insidieusement ou ultérieurement s'installer - et la puberté.

Nous nous efforcerons alors de souligner l'importance du moment de la vie (pour nous, la puberté) ayant favorisé l'apparition de l'affection.

Ainsi, cela ne signifie pas que c'est à la puberté que ce sont manifestement organisés et développés les troubles de la conduite anorexique, mais que ces derniers ont pu tout à fait rester latents et s'exprimer dans l'après-coup pubertaire, à l'occasion d'autres événements entrant en résonance avec l'avènement pubertaire.

A propos des formes tardives, AGMAN et Coll (1994) concluent:

" Ce sont des formes d'anorexies qui débutent après l'adolescence. Il est bien rare, en fait, qu'il n'y ait pas eu un épisode anorexique discret, souvent méconnu, au moment de l'adolescence. c'est en général après le mariage et/ou la naissance du premier enfant que se déclenche la conduite anorexique " (1994, p 5).

Au regard de nos hypothèses, la relation entre une naissance et la maternité est manifeste. Par contre, face à l'engagement dans le mariage, et si le cas se présente, nous tenterons de dévoiler ses liens inconscients avec la maternité.

* Tous nos sujets devront présenter un niveau verbal moyen ou supérieur.

Il nous apparaît nécessaire de sélectionner des sujets présentant un niveau minimum d'expression verbale afin de neutraliser les effets de variables parasites, comme pourrait être le cas de sujets présentant une déficience intellectuelle - souvent associée à des troubles caractériels - appauvrissant ou rendant difficile voire impossible tout travail de verbalisation.

A ce propos, les données épidémiologiques plaident en notre faveur. En effet, il semblerait que notre population d'étude présente des facilités langagières; le niveau verbal global les situant à un niveau normal supérieur.

Une recherche menée par A. BRUN-EBERENTZ et Coll (1993) sur cent patients présentant des troubles des conduites alimentaires concluent que: " le QI moyen est de cent onze au test de vocabulaire " (1993, p 319) et que : " pour la plus grande majorité on trouve un niveau culturel élevé (...) et des capacités intellectuelles supérieures " (p 327).

Plus récemment encore, V. MARINOV (octobre 1997) considère que " la fréquence des performances intellectuelles des anorexiques, qui apparaissent souvent sous la forme de l'élève modèle, est indiscutable " (1997, p 47).

Aussi, afin de ne pas alourdir notre investigation clinique par la passation d'une évaluation intellectuelle, la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance nous a semblé être un critère pertinent, dans la mesure où la corrélation entre le quotient intellectuel et la catégorie socioprofessionnelle a depuis fort longtemps été démontrée.

En 1975, Michel TORT l'affirmait déjà: " ce fait a été établi par BINET lui-même ..., l'enquête de l'INED (publiée dans le cahier n° 64) confirme à l'échelon national la disparité que BINET et ses collaborateurs avaient constatés à l'échelon artisanal et municipal, entre la Grange-Aux-Belles et les Batignolles " (1975, p 23). Ainsi, une très forte corrélation existe entre le quotient intellectuel et l'origine socio-professionnelle.

A ce jour, la composition de l'échantillon est stratifiée selon huit catégories socioprofessionnelles toujours issues de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Celles-ci sont les suivantes:

- 1- Agriculteurs exploitants.
- 2- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise.
- 3- Cadres, professions intellectuelles supérieures.
- 4- Professions intermédiaires.
- 5- Employés.
- 6- Ouvriers (y compris agricoles).
- 7- Retraités.
- 8- Autres. Sans activité professionnelle.

Cependant, en raison de la diversité de la variable "âge chronologique" des sujets de notre population d'étude - de la puberté à la ménopause -, il nous paraît donc irréalisable de contrôler la variable " niveau socio-professionnel " pour des adolescents et jeunes adultes, lesquels seraient seulement engagés dans un projet professionnel.

De fait, nous retiendrons le niveau d'étude comme seul critère de sélection; cette variable pouvant être vérifiée pour tous les sujets, et nous semblant répondre à l'exigence d'uniformité méthodologique requise à la composition de l'échantillon.

Le niveau d'étude se décompose toujours selon la stratification de l'INED en cinq niveaux:

- 1- Inférieur ou égal au brevet d'études.
- 2- Du brevet d'études au niveau baccalauréat.
- 3- Baccalauréat (ou ses équivalents).
- 4- Une et deux années d'études après le baccalauréat.
- 5- Supérieur à deux années après le baccalauréat.

Etant donné sa forte liaison avec la catégorie socioprofessionnelle, ce critère nous permet d'inclure toute catégorie socioprofessionnelle dès l'instant que le sujet présentera un niveau d'étude supérieur au niveau un.

De plus, l'utilisation d'une batterie psychométrique serait susceptible de renforcer des processus défensifs rigides comme l'intellectualisation ou la rationalisation, d'autant qu'il est admis, tant sur le plan théorique que clinique, que l'anorexique recourt de manière privilégiée à ce type de conduites défensives.

A ce propos, J D. GUELFY et Coll (1994) rappellent que " le surinvestissement de la motricité va en général de pair avec un surinvestissement intellectuel, un appétit accru de connaissances et un refuge dans l'intellectualisme au détriment de la créativité. Les résultats scolaires sont le plus souvent bons, voire brillants " (1994, p 525).

* Tous les sujets seront de langue maternelle française, en raison des aptitudes verbales nécessaires à l'entretien, et surtout en raison des biais langagiers et interprétatifs que pourrait induire une autre origine culturelle.

Nous rappelons également que cette affection " épidémiologique " touche de manière prépondérante les pays développés et industrialisés.

* Les sujets ne seront pas sous l'influence d'un traitement médicamenteux car " dans ce cas, il se peut que le patient ne laisse pas émerger ses conflits internes ou ne se questionne pas, pensant atteindre la guérison par le pouvoir thérapeutique de l'autre. Le nonaccès à la problématique peut, d'autre part, être dû à l'action même des médicaments, ceux-ci venant colmater le symptôme " (C. RABOLINI, A. SALVESTRONI, 1993, p 56).

* Les sujets, présentant des troubles mentaux associés, seront exclus de l'échantillon. H. BRUCH (1990) était allée jusqu'à rejeter du cadre de l'affection toute forme clinique présentant un symptôme psychiatrique ne concernant pas directement le poids et la hantise de grossir.

Ces critères précités permettront de contrôler à minima les variables parasites ou biais méthodologiques induits par la sélection de la population d'étude, et de nous assurer d'une équivalence relative entre les sujets.

5.3.2) Les critères d'exclusion.

Ne seront pas inclus:

- * Les hommes.
- * Les sujets féminins ayant présenté une anorexie mentale antérieure à la puberté.
- * Les sujets féminins pour lesquels un diagnostic différentiel aurait été posé.
- * Ceux ne présentant pas un niveau verbal suffisant.
- * Ceux dont la chute pondérale serait en rapport avec des troubles endocriniens.

5.4) Présentation des sujets.

Nous avons opté pour une présentation individuelle des sujets, sous forme de vignettes cliniques. Nous estimons que ce choix respectera au plus juste l'histoire personnelle de chacun.

Nous nous proposons **dans un premier temps** de mettre l'accent sur deux prises en charge, suivies au long cours, espérant ainsi d'une part exposer de manière précise et détaillée la problématique individuelle de chacune de ces deux personnes, et d'autre part de dégager les éléments signifiants en rapport avec notre hypothèse de recherche.

. La première illustration clinique narre l'histoire de **Laurence**. Nous nous sommes rencontrées régulièrement pendant plus d'une année, au rythme d'un entretien par semaine, chacun d'une durée moyenne de quarante cinq minutes.

Nous avons donc collecté et élaboré notre analyse à partir d'une cinquantaine d'entretiens psychothérapeutiques.

. La deuxième illustration rapporte un travail conduit sur une année et demie, auprès d' **Elisa** à raison en moyenne de deux entrevues par mois, et pour lesquelles la durée fut progressivement, soit variant d'une demi-heure à quarante cinq minutes, voire une heure. Ainsi, avons-nous condensé notre exposé à partir d'une trentaine d'entretiens.

Toutefois, avant de poursuivre, nous tenons d'ores et déjà à préciser que la présentation des sujets s'effectuera dans le respect absolu de l'anonymat requis par le code de déontologie des psychologues. Aussi, tout élément permettant

l'identification directe ou indirecte des personnes sera occulté voire déguisé. Par exemple, l'âge chronologique de nos sujets sera approximatif ou globalement référé à une tranche d'âge.

Puis, **dans un deuxième temps**, nous nous pencherons sur deux protocoles de tests projectifs, réalisés auprès d'autres sujets anorexiques rencontrés à deux ou trois reprises afin d'obtenir un recueil des données anamnestiques et de permettre la passation des tests sélectionnés.

En effet, dans notre souci de répondre aux exigences méthodologiques requises par un tel travail de recherche, nous avons donc choisi de compléter nos deux illustrations cliniques approfondies par l'analyse de deux protocoles de tests projectifs (que nous présenterons ultérieurement), et ce dans l'objectif d'enrichir et de valider à l'aide d'autres outils notre hypothèse théorique.

Mais avant de poursuivre notre argumentation méthodologique, nous souhaitons encore repreciser les perspectives dans lesquelles notre choix s'inscrit.

L'étude de quelques protocoles projectifs ne cherche pas à susciter comme à prendre position dans la discussion clairement synthétisée par C. de TYCHEY (1994) sur l'utilité (et la validité) du recours au " cas unique " ou au groupe.

" L'utilisation de ces deux démarches ... est même régulièrement à l'origine de débats houleux entre psychologues cliniciens, projectivistes ou non et de joutes oratoires encore plus acharnées entre cliniciens et psychologues " expérimentalistes " lors des congrès. Pour les uns, la seule clinique défendable est une clinique du cas individuel. Pour les autres, cette orientation ne saurait constituer une méthode d'administration de la preuve " (1994, p 38).

Ainsi, notre optique est toujours celle d'une mise à l'épreuve de notre élaboration théorique. **Aussi, le recours à une méthodologie projective ne retient pas pour objectif de généraliser à l'ensemble des sujets anorexiques notre hypothèse de recherche, mais de fonder davantage la validité d'une hypothèse à risque.**

Nous concluons cette partie en reprenant les propos d'H. BRUCH (1990), qui motivant le titre de son ouvrage souligne qu'il " implique qu'on ne peut comprendre qu'en écoutant attentivement ce que veulent dire les patientes et que se livrer à diverses suppositions ou **chercher à faire cadrer** ces problèmes avec **une théorie existante est de peu de valeur ...** " (1990, p13).

En ce sens, rejoint-elle pour nous l'argumentation développée par D. WIDLÖCHER (1990) sur le bien-fondé du cas au singulier.

5.5) Recueil des données techniques d'investigation.

5.5.1) Les entretiens psychothérapeutiques.

Les entretiens ont été proposés aux deux sujets dans l'objectif de découvrir le ou les sens cachés de leur conduite anorexique.

Ainsi, durant les rencontres, l'outil méthodologique privilégié sera l'entretien clinique, non-directif, excluant donc toute standardisation des entretiens.

La directivité, accompagnant souvent la démarche de recherche, nous semble d'autant plus délicate à adapter avec des sujets anorexiques, lesquels entrent manifestement et réactionnellement en conflit avec autrui.

Des auteurs tels A. FOURNIER (1995) insistent sur cette dimension.

" Il faut d'ailleurs rester très vigilant, après une acceptation de psychothérapie, qui, bien souvent, se présente plus comme un défi jeté au psychothérapeute plutôt que comme un véritable désir de traitement et de remise en question " (1995, p 47).

Ainsi, au regard du fonctionnement anorexique, la directivité pourrait être ressentie par le sujet sur le mode de l'injonction, à laquelle l'anorexique réagit immédiatement.

Pour SERRANO et Coll (1996), " la prise en charge de l'anorexique se révèle ainsi dans le champ médical comme un << défi relationnel >>, comme si la patiente avait besoin de s'opposer systématiquement à notre << désir de guérir >>, ressenti par elle comme une emprise " (1996, p 353).

Effectivement, la pertinence de cette option requise - soit celle de conduire des entretiens non - directifs doit tenir compte de l'organisation de la personnalité de ces sujets, lesquels cherchent à défendre avec vigueur leur identité psychique et

lesquels éprouvent de vives émotions, proches du sentiment d'intrusion psychique, et une certaine défiance face à toute conduite visant l'installation d'un cadre thérapeutique.

" La patiente anorexique ne se confie pas facilement et se montre plutôt prudente sinon susceptible et méfiante à toute intervention extérieure considérée comme une critique " (SERRANO, 1996, p 358).

En toute liberté d'expression et sur le mode de l'association libre, nous tenterons ensemble de favoriser une démarche introspective permettant au sujet de dévoiler les motivations inconscientes de son comportement.

Avec lui, nous mettrons en évidence les relations existant entre l'émergence et le maintien du tableau symptomatique et l'histoire singulière, affective et relationnelle.

Cet objectif clairement formulé permettra de réaliser la ou les liaisons entre soma et psyché.

Autrement dit, nous souhaitons atteindre une prise de conscience chez le sujet des liens unissant le fonctionnement somatique à l'activité psychique, et ainsi en révéler les significations fantasmatiques. Ainsi privilégierons-nous, comme nous l'avons développé et soutenu dès le " contexte de la recherche " notre position de clinicienne, laquelle se révèle, nous le rappelons, complémentaire à celle de chercheur.

Le cadre et le rythme des rencontres ont été définis durant les entretiens préalables et plus ou moins respectés en raison de contingences préalablement exposées (cf 5.4 présentation des sujets).

Il a également été précisé à chacune que la prise en charge s'actualiserait à moyen ou long terme, soit variant entre quelques mois et au delà d'une année.

Cependant, à notre seul niveau, il a toujours été évident que le cadre thérapeutique proposé pourrait connaître une certaine souplesse, intégrant autant des contraintes environnementales que respectant les désirs et résistances défensives du sujet face à ce cadre et pré-défini et en relation avec les manifestations transférentielles à notre égard.

En dernier lieu, notre identité professionnelle ne dévoilera pas notre position de chercheur. Il ne nous a pas semblé judicieux d'informer les sujets de nos objectifs secondaires durant les rencontres comme à leur terme.

D'une part, nous avons estimé que cette position préservait l'individualité du sujet et limitait les effets suggestibles voire tendancieux d'une telle révélation.

D'autre part, nous avons déjà préalablement explicité notre souci de préserver avant tout notre position de clinicienne. De plus, la collecte des données ayant précédé la formalisation de notre recherche, nous ne souhaitons déroger à notre attitude première pour les recueils d'informations ultérieurs, soit ceux concernant les protocoles projectifs.

Selon C. REVAULT d'ALLONNES et Coll " Il ne faut pas oublier que les méthodologies de l'intervention peuvent constituer un moment des méthodologies de recherche; c'est à dire la production de connaissances en est la finalité. Une situation d'intervention préalablement finalisée avec un but de recherche introduit nécessairement un biais dans les relations entre les différents acteurs " (1989, p 44).

N. GUEDJ (1996) est encore plus explicite: " nous sommes convaincus que la morale professionnelle exige que nous acceptions pleinement cette situation ambiguë qui a fait, d'une clinicienne, mue par l'aide qu'elle peut apporter, une chercheuse qui peut recueillir des données utiles à la psychopathologie " (1996, p 74).

Quant au recueil même des données, une prise de notes sera réalisée pendant et juste dans l'après-coup de la rencontre.

Cette prise de notes tentera d'objectiver au plus juste, la parole du sujet, tout comme seront repérés la gestuelle, voire les "actings in " inhérents à l'entretien. A son terme, quelques annotations permettront de souligner notre propre éprouvé des manifestations transférentielles et contre-transférentielles afin d'en faciliter le décryptage comme d'en percevoir la dynamique au fur et à mesure des rencontres.

Une telle pratique semble, d'après C. REVAULT d'ALLONNES et Coll, fréquente:

" Dans la plupart des cas, les entretiens à visée thérapeutique font l'objet de notes prises pendant ou après l'entretien. Nous voyons difficilement l'utilité d'entretiens thérapeutiques intégralement notés ou enregistrés " (1989, p 163).

A cette prise de notes, dans l'ici et maintenant de l'entretien, pourra être associée la prise de connaissance de dossiers éventuels, tels qu'ils seraient constitués.

5.5.2) Les épreuves projectives complétées d'un entretien clinique.

Destinées à appréhender les caractéristiques spécifiques de la personnalité, ces épreuves représentent une méthode d'investigation, qui permet de cerner la manière dont le sujet structure, de façon privilégiée, la relation à ses objets d'attachement.

Une telle investigation est donc atteinte grâce au matériel du test - support de médiation entre le sujet et nous-mêmes- servant de lieu à la projection de la problématique du sujet, réactivée par le contenu latent des planches successivement présentées.

Pour notre recherche, nous avons retenu deux tests projectifs éminemment reconnus et pratiqués de par le monde, avec le Test de RORSCHACH et du THEMATIC APPERCEPTION TEST de MURRAY, dont les validités et fidélités respectives ne sont plus à démontrer, et qui apparaissent particulièrement pertinents pour l'investigation des dimensions que nous avons privilégiées, car " l'association RORSCHACH - TAT permet de cerner la structure et les contenus de la personnalité du sujet " (PERRON, Juin 1997, p 143).

Pour C. CHABERT (1988), " les épreuves projectives actuellement le plus souvent utilisées sont le Test de RORSCHACH et le Thématic Apperception Test (TAT). Cet usage n'est probablement pas le fait du hasard et doit être rapporté à la pertinence, la validité et la fidélité de ces deux tests. " (1988, p 1).

De plus, dans son article, " Les méthodes projectives en psychosomatique " (1988), ce même auteur révèle la complémentarité et la richesse de leurs utilisations conjointes, en concluant de la manière suivante:

" la confrontation du RORSCHACH et de TAT paraît ici tout à fait nécessaire car le RORSCHACH pousse vers la désorganisation et le recours au soma, alors que le TAT, dans certains cas, vient tempérer l'appréciation par la découverte de conduite plus dynamique, plus dramatisante du fait de l'étagage par un matériel qui offre des figurations effectives ... " (1988, p 4).

Plus récemment, C. CHABERT (1993) réactualise sa position en faveur d'une méthodologie plurielle et d'une confrontation inter-projective.

Cette position est également soutenue par C. de TYCHEY (1994): " étant tout aussi convaincu que C. CHABERT (1993) de la nécessité de multiplier les analyses de convergence entre les données pour apprécier toute la richesse du fonctionnement intrapsychique, il me semble tout aussi nécessaire de jouer sur leur complémentarité" (1994, p 20).

*** L'entretien clinique.**

Au préalable à la passation de ces tests, comme d'ailleurs à toute mise en relation, un entretien clinique semi-directif a été conduit, d'une durée moyenne d'une heure, nous permettant également de disposer d'un recueil de données anamnestiques. En effet, une directivité minimale (permissive, serions-nous tentées de dire) nous a semblé nécessaire afin de circonscrire le champ de l'investigation psychologique tout en respectant l'expression singulière et authentique du sujet.

A son terme, nous avons donc proposé au sujet de se soumettre à une investigation différente mais complémentaire. Autrement dit, il est ici signifié que la finalité recherchée reste identique et tend à enrichir, par l'utilisation d'autres techniques, notre compréhension commune des difficultés rencontrées.

L'accord de l'intéressé une fois obtenu, nous avons réalisé la passation standardisée, successive et entière du test de RORSCHACH - complété par un travail d'association libre proposé à partir des réponses livrées à chaque planche - puis du THEMATIC APPERCEPTION TEST.

Ainsi, le but de l'entretien clinique est ici double, se constituant comme préliminaire à l'investigation projective et permettant également une récolte anamnestique.

Présentation générale des tests projectifs.

. Le Test de RORSCHACH.

Pionnier de l'utilisation de stimuli visuels, H. RORSCHACH crée ce test en 1920 afin d'étudier et d'évaluer les traits de personnalité, ou encore d'établir un diagnostic psychologique, normal ou pathologique, et ce d'une manière dynamique.

Ce test se compose de dix planches de taches d'encre. Un ordre de présentation est systématiquement respecté: de la planche un à la planche dix.

La consigne varie parfois dans son acceptation selon les auteurs. Nous avons, pour notre part, retenu celle qui suit:

<< Je vais vous montrer des taches d'encre et vous allez essayer d'imaginer tout ce que l'on pourrait voir à partir de ces taches. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses: chacun y voit ce qu'il a envie d'y voir >>.

Toutes les réponses seront ensuite codifiées selon une série de symboles conventionnels et interprétées qualitativement.

Ayant remarqué les diverses interprétations selon les écoles de pensées auxquelles nous pouvons nous référer, nous avons arrêté notre choix sur l'école dite française, avec essentiellement les travaux de Nina de TRAUBENBERG (1981) et de Catherine CHABERT (1983, 1987).

Nous nous interrogerons ainsi sur les processus psychiques mobilisés durant la passation et sur leurs liens avec le contenu latent de la planche présentée.

. Le travail de libre association.

Faisant suite à la passation du Test de RORSCHACH, il est proposé dans l'objectif d'enrichir et de préciser l'interprétation qualitative des réponses du sujet suivant la procédure préconisée par C. de TYCHEY (1983, 1994).

C. de TYCHEY (1994) rappelle que cette méthode associative, dont ce même auteur a, à plusieurs reprises, démontré l'intérêt (1983, 1984, 1987, 1992), " consiste après la procédure classique et la phase d'enquête à redonner aux sujets les planches du test ainsi que ses réponses à chaque planche en énonçant pour consigne " *de nous dire ce à quoi lui fait penser sa réponse, ce qu'elle lui rappelle par rapport à sa propre vie* ". Il est ainsi possible d'obtenir une ou plusieurs chaînes associatives, la libre association étant reproposée sur chaque

nouvelle association jusqu'à ce que le sujet nous signifie le vide de son activité imaginaire " (1994, p 24).

Dans ce même ouvrage (1994), C. de TYCHEY argumente pour cette procédure selon trois perspectives: théorique, diagnostique, pronostique et thérapeutique.

A un premier niveau, s'appuyant sur les considérations de N. RAUSCH de TRAUBENBERG (1993) laquelle dénonçait le danger de reconnaître une valeur unique aux planches du RORSCHACH comme à leurs contenus projetés, C. de TYCHEY (1994) propose justement de surmonter ce piège " grâce à la méthode associative puisque cette dernière permet de saisir précisément à qui et à quoi renvoie le contenu projeté au cours de la passation classique ainsi que la manière dont le sujet intègre (ou intègre pas) le contenu latent qui lui est proposé " (1994, p 25-26).

A un second niveau, le matériel recueilli par cette méthode permettrait une lecture dynamique pluridimensionnelle, " en particulier d'approcher leur surdétermination ou plus exactement la condensation des significations qui peuvent être intriquées dans une réponse un peu comme dans l'image du rêve " (1994, p 26), et donnerait également la possibilité d'accéder à un facteur capital, à savoir la nature des lieux de la conflictualité.

A un troisième niveau, l'appréhension de " la qualité de l'espace et des opérations intrapsychiques de mentalisation " (1994, p 27) pourrait également être évaluée, en tenant compte du nombre total d'associations sur un contenu comme de la qualité de leurs liaisons entre elles.

.Le Thematic Apperception Test.

Créé en 1935 à la Harvard Psychological Clinic par H. MURRAY, il est, à l'égal du Test de RORSCHACH, fréquemment usité par les praticiens et chercheurs.

Les planches représentent des scènes de la vie, à partir desquelles le sujet construit une histoire, sollicitée par la consigne suivante:

<< Je vais vous présenter des images. Je vous demande d'imaginer une histoire à partir de cette planche >>.

Une consigne différente est donnée à la présentation de la planche seize:

<< Je vais vous présenter une feuille blanche. Je voudrais que vous imaginiez une histoire à partir de cette feuille blanche >>.

Le nombre de planches utilisées a subi quelques variations depuis sa création, pour aujourd'hui être réduit à un minimum. Une distinction entre le sujet masculin et féminin pour quelques planches a également été faite. Cette liste de planches est ici présentée pour les sujets féminins, auxquelles notre recherche s'adresse.

| |
|--|
| Sujets de sexe féminin |
| I, II, 3BM, V, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 12F, 13MF, 13B, 19, 16. |

Les caractères en gras permettent d'ores et déjà d'attirer l'attention du lecteur sur les planches privilégiées par notre analyse, soit celles susceptibles de nous livrer une représentation de la relation archaïque mère-fille, de sa nature comme de sa qualité, susceptibles d'une mise en relation avec l'hypothèse centrale de notre problématique.

L'ordre de présentation ne connaîtra aucune variation.

Nous analyserons ensuite la sensibilité du sujet au contenu latent des planches, et nous intéresserons à la qualité et nature des procédés défensifs, mobilisés par notre sujet.

5.6) Mode d'exploitation du recueil des données et ses limites.

Rappelons que notre objectif cherche à mettre en évidence les relations existant entre la réalité somatique et la réalité psychique, ainsi que de dévoiler l'impact psychique du phénomène pubertaire sous-jacent et présidant au processus anorexique.

De fait nous analyserons, dans la mesure du possible avec le sujet, les liaisons existant entre la puberté et sa résonance fantasmatique en soulevant une interrogation autour de la grossesse.

Outre ce paramètre, nous réserverons une place quotidienne à la réalité corporelle et à la nature de l'investissement du corps propre.

* * * * *

Quant aux limites inhérentes au mode d'exploitation, elles semblent contenues dans l'entre-deux même de cette rencontre singulière entre le sujet et son thérapeute.

" L'alliance thérapeutique ne consiste (donc) pas en une expérience uniforme auprès de la clientèle en thérapie, étant vécue différemment selon le client qui privilégiera une des diverses modalités de relation à l'endroit de son thérapeute ou de la démarche d'aide " (A. BACHELOR, 1993, p 175).

Aussi, le sens livré ne peut être extrait que de la singularité de la rencontre entre deux individus, chacun porteur de son histoire comme de motivations conscientes et inconscientes.

A un autre niveau, des réserves apparaissent dans notre interprétation des éléments signifiants recueillis par la prise de note. Cette dernière, conduite par nous-mêmes, sollicite mémoire et attention, lesquelles ne sont pas indépendantes de notre subjectivité, motivations et défenses.

Toutefois, cet écueil est également à prendre en considération chez le chercheur qui n'est pas inscrit au coeur d'une démarche thérapeutique. D'après C. REVAULT d'ALLONNES, un tel écueil semble présenter certains avantages: " la possibilité d'un effet clinique nécessitant l'accompagnement de la part du chercheur se présente très rarement comme un obstacle à la recherche; au contraire, ce type d'effet contribue au succès de la démarche de recherche en enrichissant celle-ci d'éléments subjectifs et émotionnels.

Ces effets sont dépendants du climat transférentiel qui s'installe au cours de l'entretien ..." (1989, p 173).

En conclusion, notre démarche voudra tenir compte de l'influence réciproque de l'intersubjectivité de la rencontre sur la reconstruction et l'intentionnalité psychiques rendues manifestes par l'analyse interprétative.

Procédure d'analyse des données.

L'analyse des données s'effectuera donc protocole par protocole.

* En ce qui concerne **les deux suivis au long cours**, sommairement, elle consistera à une réduction successive et quantitative des données descriptives. Des thèmes centraux révélant un sens manifeste ou une signification plus inconsciente seront déterminés.

Chacun donnera ensuite lieu à un résumé duquel les redondances seront éliminées. Par cette procédure, nous espérons faciliter l'identification et la délimitation du phénomène à l'étude pour chaque sujet, c'est à dire révéler l'importance du phénomène physio-biologique de la puberté sur l'activité psychique et sa résonance fantasmatique.

Concrètement, le fantasme matricide devrait s'exprimer par la mise à jour progressive de la prédominance d'un conflit prégénital avec recours à l'agir corporel.

La sélection des contenus signifiants s'exécutera en raison des critères suivants: Sera retenu tout élément de discours concernant la puberté, le corps, la relation mère-fille, l'agressivité (dans ses formes les plus diverses, manifestes ou larvées). Les contenus en rapport avec le désir de grossesse, la grossesse, l'enfant et la maternité et les liaisons entre les divers éléments seront aussi rapportés, liaisons exprimées par le sujet et/ou interprétées par nous-mêmes.

Egalement, nous tâcherons d'identifier les éventuels marqueurs de changement appréhendés à partir des thèmes traités et évoqués ci-dessus et qui auraient pu survenir durant le suivi psychothérapique.

* En ce qui concerne **les protocoles de tests**, les réponses, une fois recueillies, seront analysées sous l'angle de notre problématique de recherche. Ainsi, mettrons-nous l'accent sur les planches qui dans leur contenu latent relèvent d'une problématique archaïque, ou qui, dans leur contenu manifeste, peuvent solliciter la relation mère-fille.

Tel est le cas, par exemple, de la planche II du TAT qui dans son contenu latent renvoie à un registre oedipien mais qui pourrait tout à fait, chez un sujet dont la

personnalité est organisée sur un mode prégénital, révéler une représentation de relation de nature autre qu'oedipienne.

Yves MORHAIN (1991) rappelle à juste titre que " la façon dont le sujet " ressent " le contenu latent, est directement liée à son développement libidinal, présent et passé, aux conflits qui en ont marqué l'évolution, aux noeuds de fixation qui le jalonnent " (1991, p 79).

Autrement formulé par C. de TYCHEY (1994): " Si le contenu latent des planches du ROSCHACH est inducteur de registres de conflictualité très variés, il n'est pas rare que le sujet testé n'y soit pas sensible, n'y réponde pas au cours de la passation classique. " (1994, p 220).

Ainsi, nous examinerons préférentiellement mais non restrictivement les planches suivantes:

* **Au test de RORSCHACH**, nous étudierons

- la planche 1 qui peut renvoyer le sujet vers une relation maternelle archaïque, et/ou qui peut rendre compte de la représentation que le sujet a de lui même, avec la planche 5.

- la planche 7 qui dévoile la manière dont le sujet se situe face à une image féminine ou maternelle.

- la planche 9 qui sollicite le sujet à un niveau très régressif et réactive sur un mode éminemment pulsionnel.

- la planche 10 pour laquelle culmine la relation transférentielle.

Quant au travail de libre association, comme le rappelle D. ANZIEU (1976), à propos des associations de mots, d'idées, d'images, " le premier test projectif, celui de JUNG, était un test d'association de mots. Par la suite, au lieu de présenter un mot inducteur, on a proposé au sujet un fragment ambigu de phrase, de récit ou d'image, en lui demandant de répondre par le premier fragment qui lui vient à l'esprit L'interprétation est surtout qualitative et intuitive. La théorie psychanalytique est sous-jacente à l'interprétation. " (1976, p 171-172).

* Au Thematic Apperception Test, nous nous centrerons sur:

- les planches 2, 7GF, 9GF, 12F qui mettent en scène une relation mère-fille dans un registre prégénital et/ou oedipien.
- la planche 5 interrogeant la manière dont le sujet se situe face à l'intrusion maternelle.
- les planches 11 et 19 réactivant une problématique archaïque.
- la planche 16 pour laquelle les éléments transférentiels peuvent devenir prégnants.

Cependant, si nous orientons particulièrement notre analyse sur les planches précitées, il convient cependant de préciser que notre intérêt pourra connaître un élargissement pour d'autres planches; mais seulement dans la mesure où elles apporteront des éléments informatifs par rapport à nos hypothèses de travail. Aussi, resterons-nous sensible à toute image maternelle et/ou féminine qui selon V. MARINOV (octobre 1997) devrait abonder car " à la fois dans les dessins, les peintures et les collages des anorexiques on trouve fréquemment des images de verticalité triomphante, de légèreté ou de lourdeur, de rabattement ou d'envol. De même, le personnage " paternel " est souvent absent ou dénigré (mais aussi parfois idéalisé) **au profit d'une prédominance des images féminines** " (1997, p 46), et ce dès lors que nous estimons que le support retenu par V. MARINOV ou le notre par l'intermédiaire du Test de RORSCHACH ou du Thematic Apperception Test sollicitent la dimension projective.

Nous précisons également que l'interprétation de ces protocoles a pour objectif d'évaluer les effets des processus métapsychologiques à l'oeuvre, et non de recenser une liste des traits cliniques pathognomiques de l'affection étudiée.

Dans cette optique, nous avons également retenu pour l'étude de ces protocoles - comme pour l'étude des deux suivis psychothérapeutiques - une présentation individuelle.

Celle-ci consiste à exposer dans un premier temps les éléments biographiques recensés favorisant une approche générale de la situation individuelle et permettant de brosser le tableau clinique.

Dans un second temps, nous analyserons qualitativement et de manière détaillée le contenu des réponses produites aux épreuves projectives.

Puis dans un troisième et dernier temps, nous tenterons de dégager de notre analyse dans " l'ici et maintenant " le rapport présupposé avec notre hypothèse de recherche.

Pour ce faire, la référence à la théorie psychanalytique sera constante. En effet, d'après C. CHABERT (1983), le modèle psychanalytique de la genèse et du développement psychique permet d'établir les repères de la construction de l'identité et d'élaborer des représentations de relations.

Ou encore comme le rappelle REVAULT D'ALLONNES (1989), en reprenant les propos d'autres auteurs: " Très précisément, comme l'énoncent D. ANZIEU et F. BRELET, la référence psychanalytique permet de repérer dans la situation projective la mouvance et la nature des processus psychiques qui relie le fantasmé au dit " (1989, p 126).

Pour ce qui nous concerne, nous croyons pouvoir **opérationnaliser l'existence d'un fantasme matricide** par des réponses à caractère menaçant et/ou agressif, intervenant dans une dimension prégénitale dangereuse. La menace extérieure serait donc sexuellement indéterminée. En fait, tout se passerait comme si le vécu traumatique se trouverait associé à une image maternelle prégénitale confondue avec l'image du sujet lui-même. Et, c'est ce flou identitaire entre sujet et objet qui déclencherait des réactions agressives à un niveau corporel par retournement de l'agressivité sur soi-même.

Aussi, l'induction régressivante propre aux planches retenues susciteraient des images dans lesquelles sujet et objet seraient en conflit par insuffisance ou faillite des processus d'individuation et de séparation.

Plus précisément, avec le test de RORSCHACH, C. CHABERT (1983) met en évidence que dans les fonctionnements de type narcissique, les représentations de relations sont des relations en miroir. Cette thématique du double ne doit pas être interprétée comme l'équivalent du dédoublement à l'oeuvre chez le psychotique. Quelques années plus tard, l'auteur (1987) précise que ce dédoublement constitue le corollaire de l'idéalisation, qui pour ROSOLATO (1976) correspondrait à la projection du Moi idéal sur un objet de projection narcissique.

Ce dédoublement présent dans des relations spéculaires s'exprime:

. ou sous une forme directe, dans des représentations de relation en miroir

. ou sous une forme indirecte, à travers de réponses humaines (kinesthésies ou non), particulières (verbes interactifs absents alors que les deux personnages sont perçus).

D'autre part, l'idéalisation s'efforçant de maintenir une image de soi parfaite est la conséquence d'un défaut dans la représentation que le sujet a de lui-même.

Par ailleurs, nous savons que l'investissement narcissique - mis en péril chez le sujet anorexique - est dans une certaine mesure le garant de l'identité du sujet, le préservant de la confusion dedans/dehors en affermissant les frontières du Moi. Lorsque ces limites dedans/dehors, limites corporelles également, sont surinvesties, elles représentent un danger de coupure du Moi d'avec ses objets internes signant le clivage, et/ou externes, s'exprimant cliniquement par un " splendide isolement ".

A un autre niveau, nous porterons aussi un grand intérêt à la qualité de l'imgo maternelle et à la manière dont le sujet se positionne à sa confrontation (réactivée par le contenu latent des planches sélectionnées à cet effet).

Nous présumons comme il vient d'en être fait état, d'une grande sensibilité du sujet, en raison d'une angoisse de " dissolution ", de confusion identitaire entre lui et l'objet.

Au Thematic Apperception Test, nous croyons également pouvoir repérer des défenses de facture narcissique.

Toutefois la qualité des protocoles risque, comme cela pourra être aussi le cas au test de RORSCHACH, de diverger d'un sujet à l'autre, consécutivement au poids imputable aux mécanismes d'inhibition ou à l'assèchement des sources vives de la psyché en raison de l'enkystement de l'affection et de l'état de santé physique du sujet (BRUCH, 1990).

Ainsi, nous faudra-t-il mesurer les éventuels effets de la chronicisation de l'affection sur la vie psychique et fantasmatique du sujet, essentiellement objectivés par la pauvreté associative.

5. 7) Anorexie et contre-transfert.

De l'écrivain Julien GREEN (1941), nous avons retenu la citation suivante, ouvrant sur notre réflexion:

" Si j'étais horloger et parlais à des personnes passionnées de montres, j'aurais quelque plaisir à ouvrir un boîtier pour simplement montrer comment fonctionnent les rouages, mais on ne peut agir ainsi dans le cas du [contre-transfert], parce que le [contre-transfert] n'est pas un mécanisme avec des rouages et des ressorts produisant un effet voulu. Le vrai [contre-transfert] est un organisme vivant, et comme tout ce qui vit, il ne faut pas s'attendre à le reconstituer, une fois mis en pièce " (1941, p 13).

Parmi les innombrables facettes de ce processus vivant, notre rencontre avec des sujets anorexiques nous a permis de mesurer la massivité des émotions sollicitées dont l'importance, l'intensité est à la fois d'une grande richesse mais aussi porteuse de difficultés, auxquelles nous, cliniciens, devons être confrontés.

Cette partie mériterait à elle seule d'être développée. Aussi, c'est avec beaucoup de modestie que nous nous proposons d'en saisir quelques moments, instants de cette rencontre.

* * * * *
* * * * *
* * *

Il nous semble que la première difficulté à mener un travail avec ces patientes résulte en premier lieu de l'usage du corps, ou plutôt dirions-nous de l'effet produit sur autrui à la rencontre de ce corps décharné, squelettique.

Déjà dans l'introduction à notre recherche, nous avons tenté de décrire combien cette rencontre peut être éprouvante, voire déroutante et s'inscrire au coeur d'une expérience affective si vive qu'elle échappe à la conscience du soignant, qui, dans sa réponse, se retranche dans une position médicale immédiate, basculant de la

neutralité bienveillante vers une attitude rigoureuse, voire rigidifiée dans la directivité que connaît l'exigence alimentaire.

A cet instant, nous avons également esquissé avoir pu nous dégager d'une telle attitude au motif - et nous le soutenons encore - que cette position avait été préalablement adoptée par l'équipe soignante.

En cela, nous tenons ici à la remercier pour son rôle, car elle nous a permis (- avec toute la sécurité que cela peut fantasmatiquement mais aussi réellement sous-tendre face au spectre de la mort -) de nous détourner de la simple mais vitale stratégie alimentaire et de nous laisser entrevoir des modalités relationnelles d'une toute autre nature.

En effet, nous fûmes littéralement surprise, assaillie par l'intensité de nos propres manifestations contre-transférentielles, lesquelles furent entraînées par un vif mouvement régressif.

C'est dire que nous nous sommes trouvée engagée dans un échange véritablement corporel, qui fantasmatiquement nous portait hors de notre cadre traditionnel, au-delà du tabou du toucher.

Nous aurions comme été tentée par la recherche d'un contact physique, d'un rapproché corporel, que nous supposions porteur d'une prise de conscience corporelle en même temps qu'agent d'une profonde résistance à l'instauration d'une relation thérapeutique. Vraisemblablement, il nous a semblé que cette recherche d'un contact réel, agent d'une réalité corporelle, répondait contre-transférentiellement à cette difficulté pour l'anorexique de se représenter, de saisir son image et en quelque sorte de s'illusionner en fantasmant " un corps sans corps ".

Ainsi, tandis que l'enjeu transférentiel du côté de l'équipe soignante s'engageait sur la base d'une relation mortifère, nos propres manifestations transférentielles se jouaient sur une autre dimension, en accordant toute notre attention à la verbalisation du sujet - refusant ne serait-ce que d'objectiver le caractère " maladif " de son apparence corporelle - et donc aux processus de subjectivation.

Précisons avec A. FOURNIER (1995) que

" nous ne pensons pas qu'il faille trancher entre ces deux attitudes ni les opposer. Comme s'il existait, d'un côté une attitude << psycho >> (... logique, psychanalytique) souple et compréhensive et de l'autre une attitude médicale rigide et bornée. Nous pensons que ce point de vue est excessif et erroné. Ces deux attitudes, examinées dans le détail, peuvent relever d'un même principe et être deux variantes d'une même attitude fondamentale. Ce principe tient à la nature même de l'anorexie " (1995, p 47).

A ce propos, il nous faut insister sur la position dans laquelle la prise en charge des anorexiques situe autrui.

Celle-ci est d'autant compliquée par le message émis par le sujet; message paradoxal dont B. BRUSSET (1988) rappelle l'évidence:

" L'apparence décharnée et tragique, parfois délibérément entretenue, a le sens d'un appel à l'aide, mais elle est déniée dans sa valeur de message et de " communication analogique " par le discours qui revendique l'indépendance et le pouvoir de se déterminer seul, dans la négation des risques. Ces modes de communication sont massivement investis de part et d'autre à la mesure de l'enjeu vital: le risque de la mort psychique par la soumission à l'autre pour l'anorexique, le risque de sa mort physique pour les parents et les médecins " (1988, p 21).

Ainsi, peuvent être mesurés d'une part le clivage réalisé entre la psyché et le soma, et d'autre part le décalage existant entre la parole de l'anorexique, se déclarant en " bonne santé ", semblant alors témoigner d'une certaine complaisance pour cette situation, et la position directive d'autrui dans l'exigence médicale à la nourrir.

Comme nous l'avons exprimé, nous n'avons donc pas eu à " remplir " une telle mission, ce qui nous a permis d'observer qu'il était néanmoins possible d'aborder la question du rapport au corps et de son investissement par le sujet, quand cette question était dissociée du registre alimentaire .

Ainsi, nous avons pu - tout en mesurant les perceptions distordues à cet égard - percevoir non plus la fragilité corporelle dont l'apparence physique se faisait témoin, mais entrevoir la volonté extrême, écho, dans une certaine mesure, d'une force de caractère, dont la finalité n'était pas foncièrement motivée par un processus déstructurant et destructeur mais par une lutte pour la survie psychique du sujet.

A l'instar des considérations d'H. BRUCH (1990), nous avons estimé que l'anorexique présente une force certaine dans son refus à s'alimenter, et ainsi évité de tomber dans l'écueil contre-transférentiel décrit par l'auteur:

" Une autre complication peut se présenter au cours du traitement de ces malades, plus difficile à corriger. Le problème se présente lorsque le thérapeute laisse l'angoisse et la peur de désintégration du patient contrôler la relation thérapeutique. A l'instar d'un parent angoissé, les thérapeutes perçoivent la malade comme étant extrêmement fragile; en lui offrant leur propre << force >>, ils laissent se développer une relation symbiotique à laquelle médecin et patiente s'accrochent " (1990, p 43).

Il ne nous est pas apparu avoir éprouvé un tel sentiment fusionnel. Par contre, nous avons rapidement pris conscience du phénomène de clivage, qui dans un premier temps centra notre intérêt autour de la dimension corporelle.

Pourtant, cette enveloppe charnelle, nous ne la pressentions pas deshabitée, mais plutôt méconnue dans ses limites et si lointaine au sujet que nous aurions pu l'investir comme un tiers, auquel il fallait restituer une parole.

Une parole, énoncée par la subjectivité du sujet, qui ne pouvait se dire et à laquelle nous nous sentions enclin à nous substituer afin qu'elle puisse secondairement être réappropriée par le sujet lui-même.

Et, progressivement, cette présence, fantasmatiquement pressentie, s'estompa en même temps que le sujet montrait les premiers signes d'une objectivation et d'un réinvestissement de son image corporelle.

De positions antagonistes au départ (- entre notre intérêt pour le corps et sa négation par l'anorexique -) clivées, de l'entre-deux de cette rencontre, une possible réconciliation du sujet perçu dans son entité psychosomatique semblait désormais envisageable.

5.8) Formalisation des hypothèses de travail.

Dans un sous-chapitre précédent (cf chp 5.5), nous avons brièvement abordé les contenus signifiants comme les planches projectives sur lesquelles nous allions concentrer nos efforts.

Dans cette dernière partie méthodologique, nous allons maintenant tenter d'exposer de manière plus détaillée le canevas des interrogations, des thématiques et réponses obtenues aux tests projectifs, nous semblant susceptibles de faire émerger et de démontrer la présence d'un fantasme matricide.

5.8.1) Le fantasme matricide dans l'entretien psychothérapeutique.

Pour B. BRUSSET (1995), les adolescentes anorexiques nous confrontent à " une fantasmatique archaïque de fusion avec la mère, quête d'une relation fusionnelle indifférenciée, ou d'un <<amour oral passif primaire>> qui est à l'origine d'angoisses à thèmes d'intrusions, d'envahissement, de dépossession de soi. Ces conflits fondamentaux suscitent isolation, clivages multiples et projection dans le corps " (1995, p 1705).

Aussi, afin de repérer le vécu du sujet associé à l'imaginaire maternelle primaire, nous relèverons les contenus du discours portant sur la relation fille/mère, comme tout déplacement sur quelque autre contenu en rapport avec la dite relation.

A cet endroit, nous analyserons l'image assignée au parent intrusif et le positionnement défensif du sujet face à ce sentiment d'intrusion suscité par cette perception.

Egalement, nous présumons qu'une telle reviviscence de la relation primaire entrera en résonance avec une angoisse mortifère, retournée sur le corps du sujet lui-même mais localisée sur une de ses parties, que nous avons précédemment dénommé zone ventrale, et visant non pas à la destruction de son Etre, mais plutôt à anéantir toute empreinte maternelle chez le sujet, pouvant désormais accéder à une position maternelle rendue avec la puberté.

A ce retournement sur soi des pulsions d'agression, [qui, nous le rappelons, d'après la définition du Vocabulaire de la Psychanalyse par LAPLANCHE et PONTALIS " désigne pour FREUD les pulsions de mort en tant qu'elles sont tournées vers l'extérieur. Le but de la pulsion d'agression est la destruction de l'objet " (1990, p 363)], pourra s'adjoindre la projection de fantasmes ou désirs eux-mêmes mortifères sur des contenus en liaison directe avec notre problématique de recherche, soit sur des thèmes abordant les menstruations et la puberté, le désir d'enfant, la grossesse, l'avortement ...

Nous chercherons ensuite au travers de cette lutte défensive - que renferme la conduite de restriction alimentaire - à démontrer ô combien cette " dynamique agissante " est nécessaire au maintien à distance d'un fantasme matricide, selon lequel le représentant maternel ne saurait survivre à la perte de son enfant voué à disparition alors que l'adolescent apparaît.

5.8.2) Le fantasme matricide et ses différentes dimensions aux tests projectifs.

Au test de RORSCHACH, nous croyons que la sensibilité au contenu latent des planches retenues réactivera des représentations de la relation primaire, qui associées à une angoisse massive d'intrusion et/ou d'anéantissement seraient alors susceptibles de déborder l'appareil psychique. Pour nous, une telle dynamique sera objectivée par la projection de contenus corporels localisés et partiels.

Aussi, un glissement, voire une centration sur des réponses corporelles parcellaires nous semble envisageable; réponses condensées autour de la zone ventrale (bassin, ventre, colonne vertébrale ...) ou déplacée sur d'autres parties du corps.

Pour C. CHABERT (1988), analysant des protocoles de tests projectifs obtenus auprès de sujets psychosomatiques, " les réponses anatomiques ne s'accompagnent pas de désintégration de l'unité corporelle, ni d'une rupture avec la réalité perceptive (ici particulièrement investie). Elles semblent plutôt rendre compte de l'envahissement de l'espace psychique par des préoccupations somatiques qui du même coup excluent les émergences fantasmatiques et n'assurent aucune fonction symbolique " (1988, p 3).

Ayant précédemment comparé le sujet anorexique au sujet psychosomatique, nous sommes tentée ici de présupposer de l'existence d'une dimension symbolique et fantasmatique en lien avec la puberté et la relation à la mère prégénitale (sans doute plus difficilement repérable pour peu que l'affection soit chronicisée).

Toujours à ce propos, rappelons avec C. de TYCHEY (1991) que " l'importance du repli narcissique (se mesure) à travers la fréquence des centrations au RORSCHACH sur les réponses corporelles anatomiques et sexuelles directes ainsi que sur les verbalisations faisant référence au sang " (1991, p 269).

Par ailleurs, nous croyons que le sujet sera sensible à la symétrie des planches à valence relationnelle, sensibilité relevée au travers de représentations de relation en miroir.

Nous pourrions donc repérer une insistance sur l'axe de symétrie, utilisé tel un miroir - reflet, condensant deux dimensions:

- une représentation de relation spéculaire.
- une défense, sorte de carapace rigide, barrière protectrice contre l'angoisse d'intrusion et la menace d'envahissement; laquelle témoignerait d'un processus actif d'individuation.

Pour Y. MORHAIN (1991), " ces réponses " miroir ", " reflet ", dans l'axe de symétrie, opèrent (dans les protocoles d'adolescents suicidaires) dans deux dimensions: une dimension d'aliénation et une dimension de singularité Ainsi, ces relations spéculaires ont un même objectif: c'est à dire ramener à l'un ce qui pourrait être deux, en conséquence séparé. " (1991, p 138).

Cette thématique du double renferme donc l'idée de memeté. O. RANK (1973) reconnaissait deux modalités dans cette relation au double, toutes deux narcissiques mais qui renvoyaient ou à l'amour et la séduction, ou à la tension et menace de mort. C'est cette deuxième modalité que nous tenterons de mettre à jour, qui à défaut de s'exercer sur la mère du sujet s'exercera via l'enfant à venir.

Dans cette optique, les éléments interprétatifs du T.A.T nous seront d'une grande richesse.

En effet, au T.A.T, les planches mettant en scène une relation mère/fille et surtout introduisant une troisième génération (planche 9 GF) ou son éventualité (planche 2, par exemple) pourront nous permettre de percevoir comment le sujet à intégrer la loi de la différence de génération (que nous croyons pour notre part non intégrée) et l'impact fantasmatique ou traumatique du à l'introduction de l'enfant dans les deux scènes précitées, perception qui sera volontiers rejetée voire occultée.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

En conclusion, et ce d'une manière commune aux deux tests, toute traduction corporelle en terme d'acting, de décharge sera signifiée et tentera d'être interprétée sous un angle symbolique, ne traduisant donc pas nécessairement (et fatalement) un échec des processus de mentalisation (même si par ailleurs nous tiendrons compte d'un rétrécissement possible de l'espace imaginaire en raison ou de l'enkystement de l'affection, ou de l'état de santé de notre sujet (H. BRUCH, 1990).

Pour finir, tout au long de notre analyse, nous tacherons de garder à l'esprit l'interrogation suivante:

les projections et fantasmes associés renferment-ils une connotation mortifère telle, que l'anéantissement maternel devient patent dès lors que la fille (notre sujet anorexique) se positionne de manière moins régressivante face à elle ?... soit en accédant à une position plus autonomisée et distanciée de l'imgo maternelle en raison de l'ouverture vers une nouvelle étape de maturation du développement psycho-affectif, étape advenue avec la puberté.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

CHAPITRE VI

Les illustrations cliniques, qui vont maintenant être exposées, s'ordonneront de la manière suivante:

. LAURENCE

ou la prise en charge psychothérapique de l'anorexie mentale chez une femme adulte.

. CATHERINE

ou les particularités du processus anorexique dans sa phase de début au travers des épreuves projectives.

. ELISA

ou la genèse du processus anorexique dans la prise en charge psychothérapique.

. ANNE

ou les apports et caractéristiques des épreuves projectives dans une forme avérée d'anorexie.

Cette succession présente pour nous un double intérêt:

. D'une part, et avant toute autre raison, cette présentation a pour intention de démontrer que notre hypothèse de recherche, rendant compte de l'existence d'un fantasme matricide sous-jacent à la problématique anorexique, peut être appréhendée selon deux approches différentes et/ou complémentaires, que représentent la psychothérapie et les épreuves projectives.

. d'autre part, elle nous semble permettre - bien que cette motivation ne soit pas inférée dans notre recherche - cerner les modifications évolutives du processus anorexique et leurs impacts sur la richesse des productions du sujet, et aussi laisser pressentir des plus ou moins grandes difficultés psychothérapiques et/ou d'analyses projectives auxquelles se heurte le clinicien - selon le degré et la durée de l'affection -.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

LAURENCE

I) PRESENTATION DU SUJET.

Laurence vient d'avoir vingt trois ans lorsque nous la rencontrons sur sa demande. Cette jeune fille au physique efflanqué exprime ressentir un état de mal être grandissant, diffus, tout en précisant que " cela fait un moment qu'il y a des tensions **de mon côté** ".

Interpellée sur cette indication nous situant dans une dimension relationnelle, Laurence reprend en brossant un tableau familial idyllique: des parents aimants, un frère de deux ans son cadet avec lequel elle entretient une relation de qualité, des oncles et des tantes très sympathiques ...

Pourtant, au fur et à mesure que sa description idéale progresse, Laurence s'affaisse sur sa chaise et ses yeux s'embrument. Aussi, finit-elle par conclure qu' " ils sont trop parfaits pour moi ", tandis qu'une larme perle sur sa joue.

C'est en fait au terme de cette première entrevue que sa demande s'éclaire: " je crois que je voudrais savoir pourquoi je réagis comme ça **avec elle** ? ".

Par ce pronom personnel féminin, Laurence dénomme implicitement sa mère et nous introduit alors au coeur d'un conflit les opposant depuis plusieurs mois. D'après Laurence, le fait de quitter la maison familiale pour habiter seule en appartement aurait " **tout déclenché** ".

A cet instant, le versant dépressif jusqu'alors réprimé devient prédominant et teinte la description banalisée de son quotidien. Cependant, progressivement, ce dernier se révèle ponctué par les fréquentes visites, de l'ordre de trois fois par semaine, faites à ses parents et imprimant comme le rythme de sa vie hebdomadaire.

Ce jour là, aucune référence ne sera faite au symptôme anorexique accompagnant le tableau dépressif manifeste, pas plus qu'aux prochaines rencontres d'ailleurs ... Il faudra attendre plusieurs mois avant que Laurence puisse s'exprimer sur cette question.

Par contre, jusque là et d'emblée, nous fûmes sensible à la souffrance de Laurence, à celle manifestement associée à l'évocation de l'imgo maternelle et émergeant avec le départ du domicile parental.

Aussi, dans un premier temps, nous analyserons les éléments cliniques se rapportant aux représentations de relations à l'imgo maternelle. Pour cela, nous examinerons précisément l'état de dépendance matériel puis affectif dans lequel Laurence évolue depuis son emménagement, et consécutivement, la détresse psychique qui y est associée.

Egalement, nous porterons un regard attentif à cette description familiale " parfaite " sous-tendue par un mécanisme d'idéalisation défensif et renfermant dans un mouvement projectif une dimension narcissique évidente.

De plus, nous estimons que c'est l'étude de ce tableau qui a secondairement permis à Laurence de dépasser les résistances s'opposant à l'expression verbale du symptôme anorexique, et qui constituera quant à lui le second volet de notre analyse.

Puis, en dernier lieu, nous nous pencherons sur les fantasmes directement liés à l'imgo maternelle, puis sur ceux projetés sur le désir d'enfant. Ce dernier se révélera le support de constructions imaginaires riches, libérant les pulsions agressives de Laurence à l'égard de sa mère et favorisant alors l'émergence du fantasme matricide aux origines de ses productions.

Mais, dans l'immédiat, apportons quelques renseignements biographiques.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

II) DONNEES ANAMNESTIQUES.

Laurence est donc l'aînée d'une fratrie de deux enfants.

Issue d'un milieu social moyen, ses parents, proches de la cinquantaine, sont tous deux en exercice professionnel.

Sur le plan scolaire, ses années collégiales se déroulent brillamment. **Une première difficulté** apparaît pourtant à son entrée en lycée général qui se solde **par un redoublement**; puis une seconde à la passation de son baccalauréat, qu'elle obtient l'année suivante.

A leur suite, poursuivant ses études, elle prépare un brevet technique supérieur. Tandis que ses résultats de première année sont excellents, elle abandonne cependant au milieu de l'année suivante.

Parallèlement, elle s'inscrit, à trois reprises, à un concours administratif, et ce sans succès, et pour lequel elle précise: " la première fois j'en avais envie ..., **les autres fois, c'était plus pour ma mère ...** ". Puis, elle ajoute: " **c'est comme le B.T.S, ça ne me plaisait pas ...** ".

Elle prospecte alors sur le marché de l'emploi en même temps que, célibataire, elle emménage dans un studio, et **est embauchée par l'intermédiaire de son père** dans une administration lui donnant accès à une place équivalent à un statut de cadre moyen.

Sur le plan familial, nous repérons **un refoulement massif des souvenirs d'enfance**.

Laurence exprime d'emblée ne pas disposer de souvenirs **avant ses quinze ans**; date qui correspond d'ailleurs à son premier échec scolaire; " j'ai très très peu de souvenirs ... même quand je regarde une photo, je ne me revois pas ... je n'ai pas de souvenirs d'école non plus ... ".

Egalement, sur la période adolescente, les éléments biographiques recueillis sont très restrictifs. Son discours ramasse une banalisation excessive. Toutefois, Laurence fait état d'une grande pauvreté relationnelle et affective: " on avait pas de discussions ..., pas de vie de famille ... on parlait de choses banales ..., mes parents ne sont pas du tout

démonstratifs ... "; et rapporte des principes éducatifs extrêmement rigides: " à plus de vingt ans, il fallait que je demande la permission pour sortir ... même aller au ciné ... alors les boîtes ... jusqu'à minuit ... et ça a duré jusqu'à mon départ ...".

D'ores et déjà, soulignons que **c'est à sa mère** que Laurence **devait " demander la permission "**; son père ne prenant spontanément aucune décision pour elle ou renvoyant sa fille vers son épouse si celle-ci s'adressait à lui. Pas plus, sa femme ne semblait le consulter pour une prise de décision commune vis à vis de Laurence.

Ainsi, très rapidement, se dévoilent les représentants parentaux et leurs rôles respectifs dans la dynamique familiale.

Tout au plus, rapportons-nous dès maintenant quelques propos de Laurence, et ce afin de poser les jalons de notre prochain développement.

De son père, l'intéressée confiera: " c'est un gros nounours ..., je l'aime beaucoup mais il ne dit jamais rien ... il garde tout à l'intérieur ... ". Puis devenant soudainement larmoyante, Laurence ajoute: " ma mère **a une grosse emprise sur lui ...**, de toute façon, **c'est elle qui décide ...**".

Sur le plan amical, Laurence a de nombreux ami(e)s, qu'elle accompagne durant leurs sorties diverses. A cet endroit, remarquons également la référence au positionnement maternel associé spontanément à ce contenu: " **elle ne les connaît pas, mais elle ne les aime pas quand même ... ils ne sont pas intéressants pour moi ...** ".

Pour finir avec le plan amoureux, c'est avec beaucoup de réserve que Laurence évoque une relation passée avec un de ses pairs, qui, par ailleurs, entretenait en parallèle, une autre relation de laquelle Laurence avait toujours été avisée et semblait s'être accommodée. Le jeune homme ayant mis lui-même un terme à leur propre aventure, depuis lors, Laurence n'avait rencontré quiconque et s'en déclarait satisfaite: " je suis bien comme ça ... ça ne m'intéresse pas pour l'instant ... "; constat laissant place alors à des préoccupations d'ordre narcissique balayant toute référence au registre libidinal comme nous l'illustrerons au cours de notre analyse.

III) INTERPRETATION DU CONTENU.

3.1) NARCISSISME ET DEPENDANCE AU MILIEU PARENTAL.

Comme nous l'évoquions dans notre introduction, Laurence nous présente de prime abord un roman familial idéal. Pourtant, ses propos sont d'emblée restrictifs: " tout est bien, ... tout va bien ... je n'ai rien à dire ... ". Tellement " rien à en dire " que son discours glisse vers les représentants familiaux indirects que sont ses nombreux oncles et tantes. A cet endroit, ruminant son jugement premier, donc sous-tendu par un mécanisme d'idéalisation se rapportant à la libido narcissique et à l'Idéal du Moi, Laurence peut plus sereinement énoncer son malaise face à cette apparente et chaleureuse ... entente : " je ne vois plus grand monde de ma famille ... j'étais pas à l'aise à la dernière réunion familiale ... de les voir **très unis** ... ils sont tous **très très soudés** dans la famille ... et moi j'arrive pas ... leur état d'esprit ne me convient pas ... ? ... **ils sont trop parfaits pour moi** ... ".

Ainsi, rapidement, l'accent est porté sur sa singularité, qui tout en s'inscrivant au coeur d'un processus d'individuation ne lui permet pourtant pas d'accéder à une place différenciée en toute sécurité. Davantage, il nous semble entendre la détresse psychique de Laurence - manifeste avec l'expression d'affects dépressifs associés à ce contenu - face à un fonctionnement familial, **dénoté tel un clan, et de surcroît un clan idéal**. Et à partir de cette description harmonieuse se découvre une véritable blessure narcissique, émergeant vraisemblablement avec son départ du domicile parental.

Énoncée comme telle, cette dynamique liant - au point d'ailleurs de les " souder ", les différents membres familiaux - paraît ne laisser aucune place individuelle à chacun de ses membres.

N'est ce pas ce que Laurence tente de nous signifier ? Ne nous exprime-t-elle pas son incapacité à évoluer à l'intérieur de ce clan familial au motif qu' " ils sont trop parfaits pour elle " - et elle, implicitement, peut-être pas assez parfaite pour eux -.

Et ce, dès lors que se serait concrétisé son projet de mise en appartement. En effet, " c'est là que tout a commencé ", nous confie-t-elle, tout en narrant ô combien ses parents, **puis particulièrement sa mère**, étaient précisément opposés à ce projet.

Autrement dit, dans cette représentation, une exigence semble s'imposer:

- ou le sujet reste comme incorporé par le clan familial sur lequel s'étayeraient ses fondements identitaires, lui apportant secondairement la confirmation idéale de sa valeur, mais dissolvant toute expression singulière.

- ou le sujet se positionne en dehors de cette dynamique collective, donc au prix de se " dé-souder " du groupe; mais cette dé-fusion ouvre le sujet sur une béance narcissique.

Ainsi, le conflit psychique paraît s'originer avec l'émergence de désirs personnels, expression de la singularité du sujet, se heurtant à l'Idéal du Moi . Maintenant, là où une telle transition devrait permettre à un sujet de s'autonomiser face au milieu d'origine, elle laisse Laurence dans une impasse, révélant une problématique de dépendance.

Quelle causalité psychique pourrait entraver la résolution de cette crise identitaire ?

Bien que nous pressentons déjà qu'elle est en lien avec l'émergence de sentiments de culpabilité, nous répondrons toutefois précisément à cette question ultérieurement, soit avec l'étude de l'imgo maternelle.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Progressivement, au fil des rencontres, tandis que nous mesurons l'énergie que Laurence a dû déployer pour mener son projet à terme; c'est à dire en tentant de soutenir la confrontation avec ses parents, tous les éléments de son discours convergent pour, toujours, la ramener vers son milieu d'origine - **ou ne pas l'en éloigner**. En effet, comme nous allons tenter maintenant de le démontrer, les conduites actuelles de Laurence attestent de l'échec d'une prise d'autonomisation - pour ne pas encore parler ici de l'impossibilité de Laurence à se dégager de l'emprise maternelle en raison d'un impact fantasmatique sous-jacent.

Dans la réalité, que pouvons-nous observer ?

* **En premier lieu**, attardons-nous sur son déménagement ou ses emménagements. Laurence a donc quitté la maison parentale il y a près d'un an. Depuis, elle a déjà, à deux reprises, déménagé. La première fois, c'était " à cause de ma meilleure copine, qui habitait en dessous de chez moi ... et **qui ne plaisait pas à ma mère** ... ". Et, tout en nous dévoilant la raison de ce rapide changement de domicile, Laurence nous fait part de sa stupéfaction naïve face à la critique maternelle " ... alors qu'en plus, elle (sa mère) ne la connaissait même pas ... elle en avait juste entendu parler ...". Toutefois, ce constat se solde néanmoins par une prise de position recevant l'aval maternel: elle cherche un autre appartement.

Egalement, elle n'occupera que pour peu de temps son second appartement, le quittant cette fois au motif d'une stratégie géographique, réduisant la distance avec le domicile parental: " **c'était plus facile pour rentrer** ...".

* Ainsi est introduit **le second élément**, constitué par les fréquentes visites aux parents, entrecoupées par plusieurs appels téléphoniques journaliers. Reste les week-ends qui s'orchestrent autour du dimanche en famille **institué par sa mère, et auxquels Laurence ne saurait se soustraire**.

* Mais, d'ailleurs comment le pourrait-elle dès lors que nous prenons en considération ce que pourrait constituer **le troisième élément**.

Laurence nous apprendra posséder deux véhicules sans pour autant en disposer d'aucun; les deux se trouvant **stationnés dans le garage familial**.

A la première automobile abandonnée pour des raisons onéreuses, " c'était un gouffre financier ", s'était substituée une seconde plus récente, laquelle restait inutilisée suite à **un interdit maternel** réclamant avant toute chose la vente de la précédente. Seulement, celle-ci restait depuis plusieurs mois invendue, voire invendable en raison de son état de détérioration..

Ainsi, l'interdit perdurait-il et semblait trouver d'autant de force que la mère elle-même avait financé l'achat des deux véhicules.

Malgré les milles et une stratégies développées dans le garage, assise au volant de la voiture, Laurence restait incapable de lui en exprimer une seule. Donc, elle continuait à se rendre à son travail grâce aux transports en commun - majorant d'ailleurs ses dépenses - et lesquels limitaient ses allers et venues dans la petite bourgade.

Quand le week-end arrivait, elle attendait patiemment que père ou mère vienne la chercher. Les propos maternels avaient été très explicites: " tu n'as pas à sortir la semaine ... et le week-end on vient te chercher ..."; paroles qui en fait semblaient s'inscrire dans la continuité des règles éducatives jusqu'alors apposées, et auxquelles passivement, littéralement docilement, Laurence s'était toujours soumise : " je voudrais bien des fois lui demander ça ... ou autre chose ... mais j'en suis pas capable ... quand je la vois ... je parle d'autre chose ou je dis rien ...".

Face à nous, son attitude était bien différente. L'espace d'un instant, elle semblait prête à écluser une profonde et ancienne revendication liée à de telles pratiques, mais l'instant suivant d'outrancières rationalisations prenaient le pas: " en fin de compte ... elle a raison ... la route est pas facile ... elle est très bien dans le garage ... je n'en ai pas ... et puis tout ça **c'est pour mon bien** ...". Le dessein maternel ainsi sanctionné mettait définitivement fin à la révolte déjà partiellement réprimée par les procédés défensifs de facture rigide.

Toutefois dans l'un de ses fugaces moments de révolte, durant lesquels Laurence " oeuvrait " pour son autonomie, un lapsus survient: " mais, bon sang ... je suis quand même partie de la maison ... je gagne ma vie ... **je suis dépendante** ... M...., indépendante ...".

Souligné, il ne sera pas d'emblée examiné mais mis immédiatement un terme à sa révolte et Laurence, corporellement, se replia.

C'est recroquevillée sur elle-même qu'apparaît alors le dernier élément, qui dans la réalité, rend compte de l'état de dépendance la " soudant ", pour reprendre son énonciation antérieure, à ses parents.

Ayant évoqué ses ressources financières, Laurence fait état des ruminations maternelles. Rappelons qu'elle obtient le poste qu'elle occupe aujourd'hui par l'intermédiaire de son père; pourtant c'est sa mère qui recourt fréquemment à ce détail, l'exposant tel un argument maintenant un lien de dépendance tout en véhiculant une notion de dette symbolique: " c'est grâce à nous si tu as cet emploi ...", tout comme l'automobile ou l'appartement, s'étant personnellement portée garant pour ces derniers.

En somme, même la relative et partielle autonomie - si nous y entendons par là le départ du domicile parental associé à la mise en situation professionnelle - semble bien précaire, et ce sous l'impulsion d'une menace maternelle, révélant, après examen,

un état réel de dépendance s'originant au coeur d'une relation de dépendance anaclitique plus ancienne.

3.2) LA RELATION A L'IMAGO MATERNELLE.

Ainsi, avant d'aborder ce pan de notre analyse, il fallut, dans une lecture dynamique du suivi psychothérapeutique, situer la place occupée par l'Idéal du Moi dans la représentation familiale de Laurence; et ce afin que secondairement émerge puis soit représentée une image maternelle différenciée, représentation ouvrant les portes de l'imaginaire et du fantasme.

Toutefois, d'emblée, nous avons déjà pu pressentir l'existence d'une problématique de séparation illustrée par le maintien de situations de dépendance successives entravant la constitution de l'identité sociale et professionnelle de Laurence.

Dès à présent, nous allons tenter de démontrer que cette question de l'Idéal doit être entendue comme Idéal de complétude s'originant au coeur de la relation dynamique du sujet avec l'objet archaïque.

* * * * *

3.21) CONFLIT ENTRE IDEAL ET REALITE.

Pour rappeler brièvement le conflit intrapsychique:

- ou Laurence s'inscrit dans cet Idéal collectif - familial - et aussi le perpétue au risque d'y perdre (ou de ne jamais construire) sa propre identité.

- ou Laurence renonce à cet Idéal, mais là au risque d'une déplétion narcissique si vive qu'elle engendre un effondrement dépressif, lequel dévoilera, nous le verrons ultérieurement, un vécu persécutif primaire.

Dès lors, une mise en suspens du processus évolutif actuel (comme inhérent aux événements circonstanciels de ces derniers mois , soit le départ du domicile familial puis l'entrée dans la vie active) pourrait bien représenter un véritable compromis défensif face à ces deux exigences opposées. En effet, cet aménagement permettrait d'une part de maintenir une relation de proximité originelle, et d'autre part de préserver une différenciation relative entre les places respectives de chacune, en l'occurrence la sienne et celle de sa mère. De là, les phrases prononcées par Laurence, et soulignées dès notre présentation introductive, trouvent-elles une profonde résonance.

* * * * *

Aux balbutiements de cette centration progressive de Laurence autour de l'imgo maternelle, une différenciation très nette avec le représentant paternel s'opère au travers de cette image de "nounours" exprimée précédemment (cf chp II).

A cette évocation, c'est un regard attendri - presque maternant dirions-nous - que Laurence semble porter sur son père. Mais, si cette image peut renfermer une dimension infantile voire régressive dans la texture même qui habille l'animal, et à fortiori peut-être restauratrice; la teneur de la représentation de la relation du couple plonge le représentant paternel au coeur d'une relation marquée du sceau de l'emprise: " ma mère a une grande emprise sur lui ".

En effet, si Laurence peut signifier une certaine capacité paternelle à confirmer ses choix narcissiques: " il a déjà pris position ... mais pour des choses anodines ... comme par exemple ... pour mon habillement ... mais c'est stupide ..."; ceux-là, une fois reconnus sont spontanément dénigrés par l'intéressée elle-même.

Par ailleurs, ce représentant ne semblerait pas en mesure de remplir une quelconque fonction surmoïque, - que nous verrons réservée "totalitairement" à l'imgo maternelle -; voire son image deviendrait évanescence dès lors qu'une décision " importante " serait à prendre: " il ne m'a jamais rien interdit ... mais je ne peux rien lui demander ... : c'est " va demander à ta mère " ... ".

Ainsi, Laurence conclut-elle: " pourvu qu'il rentre du travail et qu'il puisse décompresser tranquillement ... il aimerait peut-être dire quelque chose mais il n'ose pas ... "; ce " quelque chose " étant secondairement précisé comme " une intervention " en faveur de sa fille face à une décision maternelle.

Se pourrait-il que cette perception ne soit qu'une projection, telle que l'analyse précise du vécu de Laurence face à l'imaginaire maternelle le démontrera. Toujours est-il que les représentations de Laurence révèlent **la défaillance paternelle, voire la démission face à l'imaginaire maternelle, qui dans une impossible confrontation le place du côté de l'absence.**

Dès lors, **apparaît avec massivité une figure maternelle surmoïque archaïque, imprégnant un caractère persécutif à la relation mère-fille.**

Ainsi, l'exposition défensive première du tableau familial idéal s'efface-t-elle pour donner place à une série d'interdits maternels, qui, dans le repérage temporel de Laurence, seraient apparus à l'adolescence, ou du moins rendus manifestes à cette période, qu'il s'agisse de ses fréquentations, de ses tenues vestimentaires, de ses loisirs ou sorties diverses. Bien davantage encore, toute critique maternelle semble entraver la consolidation des assises narcissiques de Laurence:

" mes fréquentations ne seraient pas assez bien pour moi ... ma mère me dit que c'est horrible la façon dont je m'habille ... j'ai l'impression d'être le vilain petit canard ... elle a pas tort d'ailleurs ... je ne suis pas la bonne ligne qu'elle s'est fixée ... elle veut un avenir pour moi ... une maison, des enfants, un job, de l'argent ... ce qu'elle a actuellement ...".

A aucun moment ici, Laurence ne pourra élaborer les prémisses de ce qui pourrait constituer son propre projet d'avenir, mais s'installe dans un questionnement interrogeant ses choix narcissiques. Une telle conduite, sous-tendue par un mécanisme d'idéalisation négative, tend à donner confirmation au dire maternel; et ce d'autant que Laurence objective la situation maternelle confortable de sa mère (- et non pas de ses parents -) gérant seule les ressources financières du couple ou encore la qualité de son choix vestimentaire: " ma mère est toujours très bien habillée ... elle aime se mettre en valeur dans des petits tailleurs qui lui vont très bien ... "; tandis que, face à nous, se tient une jeune fille en pantalon et tee-shirt trop sombres pour une journée d'été et insuffisants à masquer ses hanches saillantes.

Ainsi, sa mère continuerait-elle à lui dicter nombre de ses choix, auxquels Laurence parfois accorde crédit en raison de la reconnaissance de la valeur narcissique maternelle, qui, secondairement, induit alors le doute dans son jugement d'existence personnelle et réactive la fragilité narcissique. Parfois, elle tente, sans pourtant y parvenir, de s'opposer, comme en témoigne l'étude de ses déménagements successifs, de ses relations amicales ou encore de son orientation professionnelle.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Mesurant toute l'ampleur de cet Idéal de complétude au travers de ses conduites destinées à contenter narcissiquement sa mère, Laurence émet, dans un second temps, **des craintes quant au devenir maternel se révélant en lien avec des sentiments de culpabilité:**

" elle me fait peur entre guillemets ... j'ai peur de sa réaction ... j'ai peur de la blesser ... je lui ai fait du mal ... le fait que je sois partie ... que je ne sois pas parfaite ...".

Si maintenant, il ne fait aucun doute que l'évocation de cette blessure maternelle imaginaire s'inscrit **dans un registre narcissique** et dévoile **une problématique de dépendance**, il est intéressant de porter attention à **l'événement déclencheur souligné par Laurence**. Son éloignement familial aurait comme ouvert une brèche narcissique que seule la mère fantasmatique, imago archaïque, pourrait combler.

Seulement, en amont de ce sentiment d'imperfection personnelle est signifié la référence " au mal " , **plaçant le sujet du côté du Mauvais objet** dès lors qu'une ébauche d'autonomisation fait jour.

Quelle pourrait-être cette fragilité maternelle en lien avec l'autonomisation psychique de Laurence, tandis que, sur le plan manifeste, l'étude de la réalité porte à faire perdurer l'influence maternelle, voire l'intrusion, dans sa vie personnelle ?

Dès lors, tout un second volet d'analyse apparaît, laissant cours au registre imaginaire.

3.22) INTRODUCTION DE L'IMAGINAIRE.

D'ores et déjà, revenons sur une des précisions de l'intéressée, celle concernant ses souvenirs, ou encore signant son incapacité défensive a spontanément et librement se remémorer les souvenirs antérieurs à la période adolescente.

Son refus inconscient face à tout mouvement régressif rendrait-il compte d'un danger potentiel ? Et/ou pourrait-il refléter l'intensité d'un conflit psychique resté non élaboré et non dépassé ?

Que nous dévoile progressivement Laurence de ses affects tandis qu'elle nous fait part d'une spontanéité disparue dans ses échanges avec sa mère; " elle me fait peur entre guillemets ... j'ai plus facile à communiquer avec elle par téléphone, alors qu'en face à face, je peux pas être spontanée ... ".

Cette spontanéité serait tellement enfouie qu'il lui faudrait ruminer plusieurs jours à l'avance ses demandes:

" Pour qu'elle me prête la voiture le week-end, j'y ai longtemps pensé à l'avance ... je me revois même dans le garage au volant ... en train de me répéter comment j'allais lui en parler ... et quand je suis remontée ... j'ai parlé d'autre chose ... de n'importe quoi d'autre ... ? j'avais complètement oublié ... ".

Avec cette illustration, pour nous, métaphore du conflit psychique habitant Laurence et la reliant toujours au contenant maternel, nous pouvons illustrer les difficultés d'appropriation qu'elle rencontre; ce véhicule dont elle parle est en fait le sien mais il ne lui appartient pas pleinement car reste soumis à une régence maternelle arbitraire.

Transparaît également ici le phénomène de double pensée de l'anorexique décrit par H. BRUCH (1990).

Laurence, tout en examinant la manière la plus adéquate afin d'aborder le sujet avec sa mère s'interroge conjointement sur l'effet que sa demande produira sur l'objet primaire; pour finir par conclure que de toutes les façons elle " connaît déjà la réponse ". Ainsi quelle que soit la formulation retenue, aucune ne saurait la satisfaire; et toute l'énergie dispensée à anticiper et préparer l'instant de la confrontation serait comme balayée. En situation, nous dit-elle, " **elle a oublié** ", comme si un refoulement massif refusait l'accès conscient à toute demande d'autonomisation adressée à la mère.

Bien davantage encore, nous mesurons toute la détresse de Laurence associée non pas à la résolution du conflit - elle en connaît déjà la conclusion - mais davantage à la position de demande générant l'entrée dans une confrontation impossible avec l'imgo maternelle.

S'agirait-il d'une relation d'emprise de nature similaire à celle qu'elle nous livrait déjà avec l'évocation des représentations du couple parental ?

Dès lors, cette fuite des idées - malgré un processus d'idéation interne intense la précédant - semble associée à toute requête adressée à une mère surmoïque et toute puissante.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Pourtant, secondairement, le discours manifeste de Laurence révèle un lien différent entre cette fuite des idées et la représentation maternelle; dévoilant la fragilité associée à une démarche d'autonomisation de sa part.

Si maintenant, à la lumière de cette compréhension, nous revenons sur ces ruminations:

" Je peux pas être spontanée ... j'ai peur entre guillemets ... j'ai peur de sa réaction ... j'ai peur de la blesser... je lui ai déjà fait du mal ... que je sois partie ... que je ne sois pas parfaite ... ".

En vérité, ne tente t-elle pas de nous dire que si sa spontanéité tendait à l'expression de sa quête d'autonomisation, elle ne pourrait être que réprimée, voire plutôt avec l'illustration ci-dessus, refoulée, dès lors qu'elle serait supposée produire du déplaisir chez l'autre et en l'occurrence ouvrir sur une béance - semble-t-il - narcissique.

Ainsi, avec son départ, Laurence aurait blessé sa mère; **blessure probablement insurmontable et inassumable pour le sujet en raison de forts sentiments de culpabilité, qui sont eux mêmes en rapport avec la notion d'Idéal** (précédemment développée).

Ce mécanisme d'idéalisation négative, générant le sentiment d'imperfection chez Laurence, s'origine donc avec son départ du domicile parental, lequel témoigne d'une quête d'autonomisation mais qui n'a pas préalablement reçu l'aval maternel. C'est d'une manière très infantile alors que Laurence nous confie " être une mauvaise fille car je l'ai fait souffrir ... "; comme si toute distance prise avec l'objet maternel primaire générerait une toxicité chez le sujet portée, à l'adresse de son objet.

Nous pouvons remarquer ô combien **la vie personnelle de Laurence n'est pas évaluée de sa place de sujet** - à savoir comment elle-même se situe depuis son départ - **mais à partir de celle de l'objet, attestant d'une confusion Sujet/Objet toujours actuelle.**

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Ainsi, sa mère était donc opposée à son départ; son père s'était quant à lui rallié à l'avis maternel; restait le frère cadet de Laurence. Ce dernier, bien antérieurement au projet de Laurence, avait quitté sa région natale pour emménager avec sa petite amie. Sa position quant à la décision de son aînée lui fut plus favorable, mais également très ambiguë. En effet, tout en acquiesçant, il discrédita toutefois la brutalité avec laquelle Laurence fit part de son projet à ses parents, et en même temps il confirma ainsi les craintes de Laurence quant à l'effet produit par cette annonce; ce qui ne fit que redoubler ses sentiments de culpabilité et renforcer le mécanisme d'idéalisation négative.

Pour notre part, l'évocation d'une quelconque " brutalité " ne nous étonna guère. Il fallait au moins que Laurence recourut à une telle intensité, voire violence affective et pulsionnelle, afin que puisse émerger une demande d'autonomisation générant une confrontation à l'imgo maternelle.

Les sentiments de culpabilité apparaissent sous la forme d'une **dette**, emprunt à un tel remâchage idéique, qu'elle semblait dépasser le registre de la réalité extérieure: " je me rappelle tout le temps que j'ai une dette qu'il faut que je rembourse "; sa mère (et non pas ses parents) lui ayant prêté une somme d'argent à l'occasion de son déménagement.

Cette dette d'argent pourrait-elle s'inscrire dans une dimension symbolique ? Dette à jamais remboursable si ce n'est au prix d'un **arrêt de croissance et de maturation**, soit en quelque sorte d'un **immobilisme temporel auquel un tableau anorexique pourrait donner sens ?**

Apporter réparation à la blessure maternelle serait alors de faire comme si ...; " c'est comme si j'avais jamais quitté la maison ... j'y vais souvent ... je fais le ménage comme avant ... je me comporte comme avant ... rien n'a changé ..." comme si un gel temporel - ou un fantasme tout-puissant d'éternité - s'était abattu sur toute la dynamique familiale.

Dés lors, nous percevons **la problématique de séparation - individuation** qui s'est jouée avec l'éloignement de Laurence de la maison familiale et **qui a réactivé une dépendance primitive non résolue à laquelle est associée une problématique de différenciation originare**. Et, de par la prédominance de cette relation orale, **l'intégration de la notion de temps comme le processus d'individuation sujet/objet sont compromis**.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Ainsi Laurence pressent-elle de plus en plus vivement que son emménagement n'a, pour ainsi dire, eu aucun effet sur la distance relationnelle avec l'imgo maternelle toujours bien étroite.

Aussi tandis qu'elle conclut " être son esclave à distance ", la révolte la gagne :

" j'ai envie d'exploser, qu'elle arrête avec " le sans elle je suis rien " il y en a marre ... mais je ne peux pas ... je me bloque ..." ; comme si cette violence pulsionnelle soudaine, surgie des confins d'elle-même, lui avait fait prendre conscience du risque d'être étouffée.

Ne pouvant alors, semble-t-il, aborder cette nouvelle facette de la relation à sa mère, Laurence la projeta sur la relation passée avec Paul, avant de pouvoir se confronter indirectement à l'objet primaire.

Pendant leur relation, déjà chaotique en soi (car ils étaient trois dans cette histoire sentimentale), Laurence nous relate avoir présenté une agressivité verbale manifeste. Toujours dans une franche confrontation à l'autre, elle tentait de signifier à son compagnon son attitude inqualifiable à son égard. Il est à préciser qu'il ne s'agissait en rien de la présence de cette tierce personne mais plutôt du trop peu de chaleur affective de son ami. Son manque de démonstration semblait insupportable à Laurence et avivait ses accès colériques:

" j'en pouvais plus ... il ne me disait jamais rien ... c'était insupportable ... comment voulez-vous que je sache qu'il avait des sentiments pour moi ... et quand je le questionnais ou que je voulais parler des problèmes, il m'écoutait là, sans rien dire ... ça m'agaçait ... alors c'était pire encore... je me mettais à crier et il bougeait pas non plus ...".

Laurence avait fini par appeler cela sa "rage", mais pas n'importe quelle "rage", celle dont elle excluait toute colère ou toute haine, soit sa "rage d'amour". Celle-là pouvait être acceptable, voire légitime, alors que la rage où s'entremêlent ressentiments, frustrations et colères se voyaient interdire tout droit de cité. **L'objet, visé par les pulsions destructrices, semblait là s'entrevoir ... tout comme était pressenti le clivage du Moi dans la mesure où les sentiments de culpabilité, secondaires à cette expression pulsionnelle, renvoyaient à Laurence une si mauvaise image d'elle-même, que, sous l'influence de l'Idéal du Moi, toute dimension agressive à " sa rage " incontrôlée, motivée était dénié au seul nom d'Eros..**

Si Laurence nous signifiait " manquer d'amour ", sa situation amoureuse faisait pourtant perdurer l'inaccessibilité à une relation duelle, entre deux jeunes adultes. Puis, ce manque d'amour se transformait en une demande de réassurance incessante motivée par la conviction que Paul, de nature introvertie, ne pouvait s'avouer ses sentiments à son égard:

" je croyais que derrière ce bloc de glace apparent ... il m'aimait terriblement ..."

Ainsi, derrière une froideur affective affichée, un coeur aurait battu pour elle, rien que pour elle ...

A cet instant, Laurence nous parut réclamer un amour totalitaire, celui-là même qu'elle cherchait à fuir en tentant de se distancier de l'images maternelle.

Associant sur l'image de " ce coeur qui n'aurait battu que pour elle ", Laurence mesure l'ampleur de cet absolu amoureux: " mais s'il ne bat que pour moi ... et si je le quitte ... il cessera de battre ..." **Les jalons sur lesquels s'étaya le fantasme matricide étaient alors posés.**

Avec ce déplacement sur Paul était donc projetée la recherche d'une relation exclusive, archaïque et pourtant intolérable à Laurence.

Interpellée sur sa dynamique de couple, Laurence put exprimer: " je ne pouvais pas vivre sans, mais pas plus avec ... quand il était pas là, je voulais le voir, être avec lui ... et quand il était là, je ne supportais pas son comportement... j'ai l'impression qu'il n'était pas là, et ça m'énervait ...".

De son absence comme de sa présence, elle souffrait. Si tant est que ce vécu pouvait évoquer le jeu du Fort-Da, ou traduire une tentative d'intériorisation de l'objet, celui-ci arriva à son terme avec la rupture, provoquée par Paul.

Depuis, les représentants masculins " ne l'intéressaient pas ", toute attentive qu'elle était " à régler avant tout ses problèmes personnels " éloignant là toute dimension libidinale et soulignant la teneur narcissique sous-jacente.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Plongée au coeur de l'imaginaire par l'intérêt porté à sa relation avec Paul, un aller-retour discret avec les représentations de relation à l'imgo maternelle avait été constant, laissant par là pressentir d'un lien entre ses conduites auprès de chacun d'eux.

Tout comme aux côtés de Paul, Laurence évoquait une sensation d'étouffement qui mobilisait des affects si intenses qu'un agir impulsif lui commandait de s'éloigner.

Associant autour de son incompréhension face à cette violence subite, " j'ai envie d'exploser ", son agressivité tenue dans l'ombre du cercle familial fut abordée.

Dans ses scénarios imaginaires, les rationalisations premières; " je sais bien que l'homme n'est pas un morceau de sucre effritable sous la moindre pression mais ...", s'effaçaient devant la conclusion fatale qu'une quelconque confrontation à autrui serait vitale; " je n'arrive pas à me mettre en colère ... j'ai peur de ce que je pourrais être capable de faire ... je crois que je serais tellement mauvaise ... que je ferais tellement de mal ... là où il est le plus fragile ... qu'il ne se relèverait pas ...".

Et la tentation d'agresser l'autre disparaissait avec la représentation de son effondrement, ne pouvant résister à l'attaque sadique que Laurence fantasmait.

Si elle percevait l'inflation de ses motions pulsionnelles, Laurence n'était pas en mesure de les contrôler, et leur déferlement tendait à la disparition de l'objet.

Quelle était l'origine de cette reviviscence primaire ?

Elle semblait naître de **la dissolution du sujet**, qui l'espace d'un instant se sentait **déposséder de son libre arbitre**: " j'ai l'impression de devenir un instrument ... qu'on m'utilise ... qu'on me manipule ...", **tel un objet marionnettisé dont les désirs seraient voués au silence.**

Ainsi, le jeu d'aller-retours auprès de Paul prenait sens et son lien avec l'imgo maternelle plus encore ...

" j'ai l'impression d'être son esclave (l'esclave de sa mère) ... de faire ce qu'elle a envie que je fasse ... et pas ce que je veux ... je peux rien faire ... elle décide de tout ...".

Dans cette **relation d'emprise**, la bipolarité Amour / Haine n'avait pas lieu de cité. D'un côté le roman familial idéal s'était constitué; de l'autre existait le monde extérieur, hostile ... trouvant confirmation dans le discours maternel: le mauvais était

projeté sur l'extérieur et seule la Mère toute-puissante était en mesure **d'apporter la bonne réponse** et de répondre à son enfant lui-même idéalisé.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Le Bon et le Mauvais ne pouvant cohabiter simultanément à l'intérieur de chacun, cette représentation familiale idéale et clivée avait ainsi perduré jusqu'à un temps charnière: " on s'entendait pourtant si bien avant toutes les deux ...? avant mon adolescence ... avant que je grandisse et que je change ...".

Ainsi, **la rupture** dans le fonctionnement familial, ou plutôt duel dans le couple représenté par Mère et Fille, était antérieur au déménagement de Laurence, en correspondant au temps adolescent, ou plus exactement encore **à la période pubertaire**. En effet, " **grandir** " sous-tendu par une notion de **changement**, comprenait là **une référence implicite au corps et à ses modifications ...**

C'est alors probablement avec la même vigueur, déployée par sa mère à l'égard de son corps, que Laurence nous dépeint cette période: " elle s'occupait de tout ... de mes vêtements ... ceux que j'aimais n'étaient jamais bien ... c'était sans goût ... par contre les siens ... et puis il fallait que je fasse attention à ce que je mange ... elle me trouvait trop grosse ... j'avais droit aux régimes minceurs qu'elle épluchait dans les magazines ...".

Dès lors, toute l'attention avait été portée au corps de Laurence, devenu le centre de toutes les préoccupations maternelles ... et voilà Laurence réduite à devenir **cette peau de chagrin**, si frêle qu'elle était au jour de notre rencontre.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

3.3) L'ANOREXIE ET LE CORPS DE LAURENCE.

3.31) LE SYMPTÔME.

Laurence attendit de nombreuses séances avant de parler librement ce qui avait engagé sa démarche. Nous respectâmes ses sous-entendus.

Comment un tel délai a-t-il pu s'écouler avant qu'elle ne s'autorise à ne plus taire ce qu'elle évitait désespérément d'exposer au regard de l'autre ?

Durant ses longues semaines, Laurence n'avait eu de cesse d'éprouver la confiance qu'elle pouvait placer en nous. Parler de son symptôme anorexique, c'était comme livrer " sa fragilité ", cette partie d'elle-même sur laquelle elle s'était retranchée. C'était aussi imaginairement offrir à l'autre le moyen de l'atteindre, **de l'objectaliser** et ainsi **de prolonger la relation d'emprise** avec laquelle elle se débattait.

Alors commença-t-elle par nous dire qu'elle avait " quelque chose à nous confier ... que c'était dur à dire ... qu'elle n'osait pas ...qu'elle avait honte ... qu'elle avait très peur ...".

Lui proposant alors d'examiner, **toujours imaginairement, quels effets pourraient produire sur nous la révélation de son secret**, Laurence nous confia: " j'ai peur de me sauver ... de ne plus arriver à venir vous voir ... de ne plus pouvoir vous regarder ... ou que vous ne puissiez plus me regarder ...".

Son symptôme se dressait là, entre la croisée de nos regards, comme entravant **toute rencontre du Sujet dans le miroir**, mais sans doute aussi maintenant le sujet à distance de son objet primaire ...

Ses résistances à le garder dans l'ombre étaient une manière de se préserver, car ce symptôme, nous le comprenons, permettait aussi de tenir l'autre éloigné. **Supposé inconnu à l'autre**, il ne pouvait se l'approprier et y exercer son emprise, en reproduisant l'attitude maternelle devant les transformations/pubertaires.

A l'opposé, émergeaient des craintes abandonniques: " j'ai peut-être peur que vous ne vouliez plus me voir ", présupposant d'une réponse quasi viscérale - en terme de rejet chez quiconque recevrait cette parole - qui provoquerait la rupture de la relation, et au-delà viendrait signifier la perte de l'amour de l'autre.

Les manifestations transférentielles culminèrent durant cette période, traduisant **le clivage du Moi** sous-jacent.

D'une certaine façon, se restreindre sur son alimentation, c'était se violenter, violenter son corps, l'agresser comme sans doute Laurence avait pu ressentir l'intrusion maternelle avivée par une angoisse, qui tout en ne lui appartenant pas semblait pourtant avoir émergé avec les transformations pubertaires de Laurence.

Le rejet de nourriture, induit certainement avec la présentation des régimes, représentait un compromis entre deux exigences: celle de conserver l'amour archaïque en se soumettant au désir maternel, et celle, en franchissant la limite alimentaire et donc corporelle autorisée, à se rebeller contre l'objet primaire.

3.32) LE RAPPORT AU CORPS.

Son corps était devenu une pure mécanique. C'était à peine une enveloppe fonctionnelle destinée à se mouvoir.

Toutes les sensations corporelles s'étaient comme évanouies à tel point que Laurence constatait régulièrement de légers hématomes dont l'origine lui était inconnue: " je ne sais pas ce que j'ai fait, j'ai encore des bleus ... mais je ne me souviens jamais de ce que j'ai fait pour avoir toutes ses marques ...".

Elle n'aurait su se laisser aller à ressentir quelque douleur, pas plus de sentiments de déplaisir que de plaisir d'ailleurs associés à cette mécanique somatique.

Egalement les quelques instants l'exposant à une infection bénigne étaient rares. Et si ils existaient, elle les traversait seule: " je suis quasi jamais malade et si j'y suis, je reste toute seule ...". Se mettre à l'écoute de sa réalité corporelle ou se laisser prendre en charge par sa mère semblait refusé: " si c'est pour entendre que si j'étais restée à la maison ce ne serait pas arrivé ... ou si je l'avais écoutée ...".

La référence au refuge familial étant par là explicite, **le contenant maternel sous-jacent semblait rejeté et traduisait l'impossible restauration corporelle associée au mouvement régressif.**

La production d'un rêve nous en donnât par la suite confirmation.

Celui-ci nous fut ainsi rapporté: " je suis dans la salle à manger avec ma mère ... près d'elle debout ... elle me parle et je commence à saigner, mes chairs se fissurent et le sang ... mon sang s'échappe ... ma mère est prise de panique car mon sang coule beaucoup ... et moi, je ne réagis pas ... c'est même curieux, je reste immobile ... alors prise de panique, elle m'emmène dans la salle de bain où elle me plonge dans un bain d'eau chaude ... et là ça devient encore pire, le sang coule de plus bel encore ... alors elle se met à crier ... puis mon père arrive ... elle, elle a disparu ... il est très calme..., il prend une grosse serviette éponge ... très épaisse, et il me sort du bain et m'entoure dans ses bras afin de me sécher ... puis au moment où il me découvre, toutes mes plaies se sont refermées ... je n'ai aucune cicatrice ...".

L'interprétation de ce rêve ne semble guère nécessaire tant le symbolisme est transparent et le travail secondaire de qualité attestant donc de mécanismes défensifs opérants. La référence orale est signifiée par le lieu qui introduit la scène, et son lien avec la dimension somatique est d'emblée manifeste. La proximité maternelle est telle que l'effet produit sur le corps de Laurence est immédiat, attestant de la fragilité de son enveloppe corporelle probablement mise à l'épreuve par l'angoisse maternelle.

Devant ce déversement sanguin, **mais aussi cette vie qui s'échappe**, l'intéressée reste impassible tandis que la mère est envahie par une angoisse massive qui semble encore davantage accentuer le flot. Le contraste très marqué entre l'attitude figée de Laurence, comme échappée de son corps, et l'attitude maternelle cédant à la panique témoigne et de l'incapacité de Laurence à apporter elle-même une réponse à un événement somatique, et de l'impossibilité maternelle à produire une réponse adaptée. Bien davantage, la plongée dans le bain, accentuant encore le mouvement régressif, produit l'effet inverse et amplifie la désintégration corporelle. Seule l'arrivée de la figure paternelle saura enrayer le processus corporel mortifère, qui en retirant Laurence du bain l'éloigne du danger archaïque et permet la restauration somatique dans une serviette dont la texture n'est pas sans évoquer les qualités d'un réceptacle maternel. La réponse est immédiate, sous-tendue par un sentiment de toute-puissance, le corps retrouve son entière intégrité, il ne conserve aucune cicatrice ...

Le contraste des émotions entre les figures maternelle et paternelle est également très accentué et semble étayer la réponse produite par l'un et l'autre des deux personnages. Ajoutons également que si l'introduction de la figure paternelle suggère celle d'un tiers symbolique, remarquons que c'est la représentation d'une relation duelle qui perdure (la figure maternelle ayant disparue), et que la réponse apportée par la figure paternelle offre l'image d'un contenant primaire sécurisant.

Associant à partir de ces contenus, Laurence nous confie ô combien le thème de la maladie, enfant, était douloureux:

" je pouvais pas être malade ... on aurait cru que c'était elle qui l'était à ma place ...".

Nous percevons bien ici **les difficultés d'appropriation corporelle** que rencontre Laurence. La distance psychique avec l'imgo maternelle est si réduite que **le retentissement psychologique du moindre événement somatique** concernant Laurence semble, **par résonance, comme décuplé par et chez sa mère.**

Comment alors **une étape somatique** aussi importante que peut représenter **l'avènement pubertaire** aurait-elle pu être, de part et d'autre, **intégrée dans une telle dynamique duelle ?**

Et quels effets inconscients, l'angoisse maternelle aurait-elle pu induire chez Laurence?

3.4) LE FANTASME MATRICIDE.

Il ne subsiste pas un doute que **le vécu maternel** dramatisant les maladies infantiles et infectieuses de sa fille **ait eu un retentissement psychique mais aussi somatique sur Laurence.** Tel, entre autre chose, en atteste l'analyse au rêve, l'angoisse maternelle suscitant une **sidération affective** et une **désintégration de l'enveloppe corporelle, déliant et clivant la psyché du soma.**

La lecture de ce fonctionnement en "**vases communicants**" apporte des éléments de réponse à la compréhension de l'investissement corporel de Laurence, contaminé par l'angoisse maternelle projetée.

3.4.1) LE DESIR D'ENFANT.

Durant cette période d'élaboration psychique, Laurence commença à faire état **d'un désir d'enfant.** Cette expression retient d'autant notre attention que l'intéressée accentua la première étape de la création d'un enfant, **soit l'état de grossesse.**

Cette métaphore, loin de s'inscrire dans un registre oedipien tandis que nos efforts portaient sur le décryptage des liens primaires mère-fille annonçait en fait le fantasme archaïque sous-jacent.

Quelle partie tentait de grandir à l'intérieur d'elle-même ?

Tout en objectivant que ce désir ne trouvait dans la réalité extérieure aucun accrochage, - étant célibataire et présentant un état amenorrhéique -, Laurence signifiait avec de plus en plus d'insistance son souhait: " je me verrais vraiment bien enceinte ... je suis prête ... ". Jusqu'au jour où ses ruminations l'emmenèrent un peu plus loin: "**je m'imagine bien enceinte ... mais je ne me vois pas l'élever ...**".

Et pour cause ...

Restée perplexe devant sa verbalisation, même amusée, elle s'était alors mise à rire devant " son absurdité ", tout en rationalisant: " c'est car je suis seule que je dis ça ... je ne veux pas élever un enfant seule ...". Toutefois, elle accepta que nous la ramenions sur cette "**absurdité**" en lui proposant de se laisser porter par son imaginaire.

Ainsi chercha t-elle le lien pouvant exister entre l'état de grossesse consciemment désirée, " j'ai envie d'être enceinte ", et le devenir irreprésentable de l'enfant réel, " mais je ne me vois pas avec ".

Et à partir d'une situation imaginaire - mais qui pouvait également s'appuyer sur des événements réels, ne serait-ce que par l'existence de situations de mères célibataires connues d'elle-même - Laurence interrogea le devenir d'un enfant, auquel elle aurait donné naissance.

A partir d'une simple question: " que faire de cet enfant réel ? " s'étayera alors toute **une dimension imaginaire féconde.**

Une multitude d'interrogations s'ensuivirent: " Pourquoi est-ce que je me vois juste enceinte ? ... Pourquoi est-ce que je ne me vois pas avec ? Alors qui l'élèverait ? ... ".

A aucun moment, la présence d'une figure paternelle ou d'un représentant masculin, permettant de donner naissance et/ou de prendre en charge cet enfant imaginaire, ne fut évoquée. Dans ses scénarios, Laurence semblait seule en cause, tout comme en témoignait **la nature symbolique de cette représentation de relation à l'enfant**

imaginaire, figée au stade de sa conception. L'enfant réel n'était pas à prendre en considération, dès lors que Laurence focalisa toute son attention sur l'état de " grossesse " **soit sur l'enfant qu'elle souhaitait voir exister à l'intérieur d'elle-même, et de son corps ...**

Laurence était-elle en train de nous signifier sa recherche d'un éprouvé corporel intériorisé ?

Et à un niveau encore plus symbolique, un processus de changement ?

A cette période, si Laurence ne prit pas tout de suite conscience que cette représentation de l'enfant était en vérité une **partie d'elle-même projetée** (probablement la plus régressive), sa clairvoyance lui permit toutefois de pressentir le conflit psychique qu'elle rencontrait par une formulation négative: " ce n'est pas ma mère qui l'élèvera ... ah non ! ... je ne lui laisserai pas ... ".

Conjointement à cette verbalisation, **un impact corporel objectivé par un relâchement musculaire** fit jour, trahissant le niveau implicite de son expression langagière.

Lui renvoyant notre observation, le laisser-aller corporel s'accrut encore, tandis que Laurence nous répondit: " c'est vrai que je serais peut-être plus tranquille ... ".

Mais **de qui** serait-elle libérée ?

Il ne s'agissait plus là du devenir de l'enfant mais de son devenir personnel, certes intimement, intrinsèquement lié à celui de cet enfant imaginaire, qui durant la première étape de son développement se trouverait **en situation de totale dépendance** face aux soins prodigués par la mère de Laurence, qui ainsi accaparée par un nourrisson libérerait corrélativement Laurence. En fait, cette dernière fantasmatique que l'investissement maternel ainsi décentré permettrait alors sa libération psychique mais également somatique.

Ainsi, pour " grandir " vis à vis de sa mère, soit pour se désengager de cette relation d'emprise, **Laurence imaginait offrir cet enfant, véritable prolongement d'elle-même dans sa partie la plus régressive**, et donc en même temps s'assurait de perpétuer **un lien quasi protoplasmique** entre cette partie d'elle-même (projetée sur la figure de l'enfant) et sa mère.

L'expression consciente de ce désir d'enfant se révélait alors comme **un véritable compromis** entre deux exigences: l'une propre au sujet, l'autre associée à sa représentation de relation à l'objet primaire.

Du côté du sujet, c'était permettre à Laurence l'accès à une relative autonomisation: " elle s'occuperait de l'enfant et me laisserait en paix ... ".

Du côté de l'objet, c'était en quelque sorte maintenir le lien archaïque via cette partie la plus régressive d'elle-même laissée aux soins maternels primaires.

Laurence pouvait enfin " grandir " - ou contourner le conflit psychique ayant figé le processus d'individuation - et ce dès lors que " ce don de l'enfant " à l'imgo maternelle évacuait les sentiments de culpabilité associés à toute tentative d'autonomisation jusqu'alors mise en échec (appartement, véhicule ...).

Car, à l'instar de son devenir personnel, se posait le devenir maternel, source d'angoisses mortifères ...

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Mais avant cela, attardons-nous quelques instants sur le sexe de cet enfant imaginaire ...

Dans l'esprit de Laurence, cet enfant, logé au tréfonds de ses entrailles, ne pouvait exister qu'en enfant-fille: " ... certainement pas un garçon ... c'est pas pareil ... on a pas les mêmes relations avec un garçon ou une fille ... une fille, c'est plus proche, plus tendre, plus démonstrative ... "; soulignant encore, par ce choix d'un sexe déterminé, la proximité affective et relationnelle " nouant " mère-fille.

3.42) LE DEVENIR MATERNEL.

Le désir de grossesse de Laurence maintenant différencié du désir d'enfant, il reste dans ce dernier pan de notre analyse à démontrer les liens étroits existant avec l'imaginaire maternelle archaïque.

En effet, ce fantasme de grossesse semble se présenter dans sa fonction économique comme un double aménagement concernant le sujet lui-même et son objet primaire.

Pour Laurence être dépossédée de cet enfant imaginaire semble répondre aux exigences réparatrices à l'adresse de l'objet maternel, qui avec l'autonomisation de son enfant est devenu la proie des fantasmes agressifs du sujet réactivés par la tentative de mise à distance de l'imaginaire.

Cette représentation de l'enfant introduit aux côtés de l'imaginaire maternelle permet ainsi à Laurence de se désengager de cette relation d'emprise, et ce, sans que des sentiments de culpabilité associés émergent.

Autrement dit, pour se détourner en toute sécurité de l'imaginaire omnipotente, Laurence fantasme de donner un enfant à sa mère, qui n'est autre que la partie la plus régressive d'elle-même et donc la plus dépendante de l'autre.

S'il était jusque là implicite que l'aménorrhée, en tant que mécanisme de somatisation, revêtait une dimension signifiante; le désir de grossesse traduit toute la difficulté de Laurence d'intégrer la loi de la différence intergénérationnelle.

L'imaginaire maternelle, à laquelle Laurence livre la partie la plus régressive d'elle-même - via le désir de grossesse qui n'advient pas désir d'enfant ou serions-nous tentée de dire, qui avorte - assure ainsi l'immobilisme temporel de la position maternelle.

De là, nous pouvons percevoir la conflictualité à l'oeuvre chez Laurence entre

- . la partie - la plus évoluée - d'elle-même à l'écoute de ses désirs singuliers tendant vers l'autonomisation et l'individualisation de l'imaginaire maternelle

- . l'autre partie d'elle-même - la plus régressive - restant étroitement liée au milieu intrafamilial et au-delà en syntonie avec l'imaginaire maternelle, dont le devenir, sous l'influence du fantasme mortifère, ne peut s'inscrire dans la dimension temporelle permettant l'intégration de la dynamique intergénérationnelle.

Ainsi, le désir de grossesse semble répondre à cette double exigence, en permettant à Laurence d'envisager un devenir différencié (" elle me laisserait tranquille ... je pourrais faire comme je veux ... ce que je veux ... "); et de se projeter en toute sécurité car le devenir maternel est assuré par l'introduction de l'enfant, garant de la permanence de l'objet primaire.

Parallèlement, ce fantasme atteste, d'un assouplissement du système défensif, qui tout ne permettant toujours pas la régression du processus aménorrhéique déverrouille toutefois l'accès à la dimension fantasmatique et symbolique de la réponse somatique.

CONCLUSION

Dans cette analyse, nous avons tenté de démontrer que la mise en suspens défensif du processus évolutif de maturation psycho-affective de Laurence reflétait une problématique de dépendance, et avait émergé à l'adolescence, période qui représente en soi une étape de vie charnière devant favoriser - dans sa résolution positive - l'autonomisation du sujet et donc son désengagement vis à vis des imagos parentales infantiles.

Or, dans le cas précis de Laurence, cette étape, véritable crise identitaire, n'a pu être suffisamment élaborée, et a alors laissé Laurence dans une grande détresse générant un conflit psychique, auquel le tableau symptomatique est venu répondre en lien avec un événement déclencheur repérable, soit le départ de Laurence du domicile parental.

Ce dernier, nous avons pu l'interpréter comme **un authentique passage à l'acte**, dans la mesure où nous avons pris en considération l'intensité et la brutalité avec lesquelles cette décision avait été **agie**.

Ainsi, non intégré sur le plan psychique et dans sa dimension symbolique - notamment dans sa signification vis à vis d'un positionnement plus distancié du sujet face aux imagos infantiles - cet acting a précédé l'émergence de la conduite anorexique, à laquelle le symptôme aménorrhéique participe et sur lequel nous avons tout particulièrement, pour ce travail de recherche, concentré notre attention.

Dans cette perspective, nous avons dégagé la fonction-économique en soi de ce symptôme interprété comme compromis défensif face au conflit psychique opposant Idéal du Moi et réalité, et dont le but est de maintenir à la fois une relation de grande proximité avec l'objet maternel originaire, tout en tentant de préserver une distance relative - mais insuffisante - avec celui-ci.

Dans l'étude de cette dynamique duelle confrontant mère et fille, nous avons pu vérifier que les difficultés d'individualisation de Laurence étaient associées à un sentiment de culpabilité massif. Cette culpabilité a pu être objectivée par les préoccupations conscientes concernant le devenir maternel dès lors que Laurence tentait de se distancier psychiquement, tandis que la dimension corporelle réactualisait indépendamment - soit dans une représentation clivée de la psyché et du soma - le conflit psychique, tout en faisant perdurer la relation de trop grande proximité avec l'imgo maternelle.

En conclusion, le fantasme matricide sous-jacent se mesure au travers du recours à l'agir corporel dévoilant un conflit prégénital mobilisant les pulsions agressives, qui, à défaut de se fixer sur l'objet primaire (de par l'impossibilité de Laurence d'entrer dans une conflictualité avec sa mère) font retour sur le corps propre du sujet. Une telle conduite défensive permet alors le maintien, par delà le déni de sa réalité corporelle, un corps prépubertaire infantile symbolisant un retour régressif vers la mère idéalisée, dans une tentative de réparation de l'objet primaire soumis aux fantasmes mortifères.

Ainsi, au travers du désir de grossesse exprimé par Laurence retentit l'impact fantasmatique du conflit psychique, lequel dévoile les pulsions mortifères associées à la représentation du devenir de l'imgo maternelle archaïque alors dépossédée de son enfant-fille.

Si ce désir de grossesse traduit la non-intégration de la loi des différences intergénérationnelles, son expression, dans la projection de la partie la plus régressive de Laurence, favorise donc le maintien de la relation à l'imgo maternelle et au-delà la survivance de l'objet primaire.

Egalement, cette projection d'elle-même - dans cette représentation clivée du Moi, entre une forme très régressive et une autre plus autonome face à l'objet primaire - permettrait au sujet de se détourner du dit objet sans éprouver de sentiments de

culpabilité jusque-là associés, et donc entravant, toute prise d'autonomisation nécessaire à la poursuite et à l'achèvement du processus d'individualisation du sujet.

Au terme de cette compréhension analytique, l'expression du désir de grossesse disparut en même temps qu'une parole autonome, différenciée de tous liens - inconscients - avec l'imaginaire maternelle, apparut:

" je ne vais quand même pas faire un bébé pour ma mère ... pour régler mon problème avec elle ... " (ce " problème " évoqué dès la première entrevue).

Au terme de nos rencontres, motivé par une mutation professionnelle volontaire, le symptôme aménorrhéique survivait toujours; mais sa signification semblait avoir été intégrée, pour participer à la décision réfléchie de Laurence, désireuse d'être, " au moins autonome à ce niveau là ", autrement dit d'acquiescer l'assurance que sa compétence professionnelle **n'était pas liée à un état de grâce maternelle**; ce qui, pour nous, constitue les prémisses d'un réengagement du processus d'individualisation.

Egalement, nous croyons que **cette mise en acte** (à différencier du passage à l'acte selon la distinction d'A. DELOURME (1997)) représentée par la décision délibérée et consciente de Laurence, **témoigne d'un affaiblissement du clivage entre corps et psyché, étant entendu que ce recours à l'agir associe une dimension affective à une action**, et marque le terme d'une réflexion préalable (et non impulsive si nous nous référons au contexte dans lequel son déménagement du domicile parental s'est réalisé).

CATHERINE

I) PRESENTATION DU SUJET.

Catherine est une jolie jeune fille de seize ans, qui, face à nous, nous regarde avec de grands yeux bleus emplis de tristesse et cerclés par les cernes.

Quelque peu enrobée, pesant au jour de notre rencontre soixante quinze kilos pour un mètre soixante douze, son développement physique est harmonieux; mais reste, pour Catherine, emprunt d'insatisfaction narcissique et de souffrance, à tel point que quelques six semaines auparavant, la balance annonçait encore quatre vingt dix kilos.

Si ces quatre vingt dix kilos paraissent révéler une période d'obésité, il nous semble avant tout correspondre à un morpho-type familial. Dans la lignée paternelle, Catherine nous confiera: " les gens sont forts, les soeurs de mon père sont bien portantes ...".

Dans la lignée maternelle, pour avoir entr'aperçu la mère de Catherine, il apparaît également que celle-ci présente une légère surcharge pondérale.

Egalement, il semble que l'embonpoint de l'intéressée s'inscrit dans la continuité de son évolution morphologique: " j'ai toujours été forte, ... depuis toute petite ".

Aussi, nous ne voyons pas de nécessité à exclure ce sujet de notre population d'étude, qui se définit non au regard du poids précédent la restriction alimentaire mais bien au regard de la conduite anorexique visant à une perte pondérale en liaison avec l'objectivation d'un comportement alimentaire perturbé.

De fait, le poids antérieur au processus anorexique ne nous semble pas être un critère pertinent et suffisant à exclure un sujet de notre échantillon.

Quinze kilos avaient ainsi " fondu " au prix d'un régime draconien, oscillant entre une abstinence de plusieurs jours et une alimentation quotidienne extrêmement restreinte parfois accompagnée de vomissements provoqués.

Brusquement, Catherine s'était, semble-t-il, laissée " envahir " par une obsession: celle de maigrir à tout prix et à n'importe quel prix.

Puis, un jour les vomissements provoqués sont devenus vomissements spontanés, qui, alarmant l'entourage, conduisirent à une hospitalisation en médecine générale pour un bilan somatique.

Les résultats se révèlent négatifs; une causalité psychique est alors envisagée et amène à la consultation médico-psychologique, dont le second aspect nous est confié.

A notre rencontre, Catherine nous semble effectivement engagée dans les prémisses d'un processus anorexique, dont la conduite a été précocement dépitée.

A son émergence, l'intéressée ne paraît pas en mesure de repérer un événement singulier, pas plus qu'elle n'adhère aux propos hospitaliers ayant évoqué, en sa présence, une dépression. Pourtant, c'est en pleurs que Catherine s'exprime sur ce sujet:

" Je ne me trouve pas déprimée même si mes ami(e)s me disent souvent que j'ai l'air triste ".

Ne pouvant réprimer ses larmes, il lui semble toutefois difficile de les reconnaître et d'associer sur ces affects dépressifs.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

II) ANALYSE DES ELEMENTS CLINIQUES.

A notre niveau, quels éléments pourraient alors participer au mal être de cette jeune fille?

Plusieurs, nous semble-t-il, sont intriqués mais s'ordonnent par ordre d'importance et également selon une certaine logique temporelle.

*** Au premier point, nous repérons un remaniement familial.**

Catherine est l'aînée d'une fratrie de trois enfants, composée d'elle-même, d'une cadette de presque trois ans et de Joan, tout juste âgé de cinq mois.

Autour de l'arrivée de ce dernier enfant, tardif pour le couple, se dévoilent des éléments signifiants, que nous développerons ultérieurement.

*** Le deuxième point concerne le cursus scolaire poursuivi par l'intéressée.**

Engagée dans un apprentissage, sa formation nécessite un éloignement du domicile familial, somme toute peu conséquent, puisqu'il comprend un accueil en demi pension. Toutefois, cette formation professionnelle se révèle difficile à accepter pour deux motifs, d'ailleurs non sans relation entre eux:

. Le premier, auquel Catherine accorde une grande importance, se rapporte au contenu de sa formation, qui prévoit des mises en situation professionnelle de plusieurs semaines, nécessitant un hébergement sur le site et sous-tendant donc un éloignement du domicile familial, mais surtout de la mère: " j'ai du mal à quitter la maison même quand j'étais petite. J'ai toujours eu ma mère pour moi elle a jamais travaillé "; mère qui d'ailleurs avec l'arrivée de son troisième enfant est très investie dans des soins de maternage, et ce dans le même temps où Catherine se voit contrainte de se détacher du " cocon familial " et précisément de sa mère.

. Le deuxième, minoré dans les propos du sujet par le premier, concerne l'orientation scolaire de Catherine, qui souhaitait poursuivre un enseignement secondaire général - à proximité du domicile parental - mais qui par " mégarde " aurait inscrit comme premier choix la restauration et l'hôtellerie; " mégarde involontaire " ou pourquoi pas acte manqué au travers d'une orientation professionnelle dont la composante orale est évidente; ou encore tentative de sublimer une frustration de même nature ...

*** Le dernier point tient au milieu scolaire lui-même.**

Elève brillante et très investie (trop comme elle pourra le reconnaître) sur ce plan, Catherine a rapidement suscité les jalousies de ses pairs, qui, en proie à leurs sentiments, l'ont volontiers surnommée " la grosse "; qualificatif qu'elle nous confiera " supporter de plus en plus mal ", mais auquel elle ne peut répondre: " je suis trop gentille, ma mère me le dit tout le temps ... je ne me rebiffe jamais " Catherine dévoile ici une attitude passive dans une situation relationnelle conflictuelle, nous laissant présager d'éventuelles difficultés plus générales (donc moins circonstanciées) dans le maniement de l'agressivité.

En effet, un déplacement de l'attitude passive envers ses pairs vers l'imgo maternelle nous paraît envisageable de par la juxtaposition du sujet de l'énonciation, l'image de la mère nous semblant se substituer à celle des pairs.

Autrement dit, nous pourrions poser l'interrogation suivante: dans l'énoncé " je ne me rebiffe jamais " est-ce le sujet " pairs " qui est sous-entendu ou se pourrait-il qu'il s'agisse en fait du sujet " mère " ?

Les propos successifs, s'inscrivant dans la continuité immédiate du discours de Catherine nous semblent indiquer qu'il pourrait bien s'agir de la mère, car d'une part la liaison associative avec les propos maternels est directe et car d'autre part, la projection par Catherine de l'effet que pourrait induire chez la mère l'évocation d'une expression conflictuelle agressive par elle-même lui semble intolérable:

" je ne me rebiffe jamais ... je ne lui dis pas non plus car je ne veux pas lui faire de la peine ... ? ... oh la la, j'aime vraiment pas ... si elle pleure, ça me fait aussi pleurer ... ", comme si la " peine " maternelle pouvait être plus douloureuse à porter que sa propre souffrance et/ou à susciter, et comme s'originant précisément dans une situation de conflit.

Sur ce dernier aspect, soulignons également la mise en opposition de l'agressivité avec le qualificatif " gentil " interprété comme forme réactionnelle contre l'agressivité.

Pour conclure sur ce troisième point, en lien avec les deux autres précédemment exposés, cette analyse interprétative nous semble étayer notre hypothèse de recherche dans la mesure où elle révèle l'incapacité de Catherine à élaborer les pulsions agressives dans sa relation à l'imgo maternelle. **Autrement dit, cette non-**

intégration d'une conflictualisation de la relation paraît donc en rapport avec la présence d'un fantasme matricide inconscient.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Privilégions maintenant le premier événement, lequel nous souhaitons détailler avec l'objectif **d'évaluer l'impact traumatique de la grossesse réelle de la mère sur la dynamique psychique de Catherine.**

Joan est donc né il y a un peu moins de six mois. Singulièrement , c'est à cette même époque que les cycles menstruels de Catherine, enfin, se régularisent.

En effet, depuis leurs apparitions vers onze-douze ans, les menstruations de Catherine sont épisodiques et perdurent anarchiques tandis que plusieurs traitements contraceptifs sont successivement tentés dans cette visée de les scander périodiquement.

Invitant l'intéressée à évoquer l'arrivée de ce petit frère, il devient manifeste que ce sujet procure à Catherine un plaisir certain. Ses yeux s'illuminent à mesure qu'elle verbalise avec vivacité à son sujet.

Elle nous rapporte à quel point l'annonce de cette grossesse avait été une surprise pour ses parents; comment ceux-ci y avaient répondu par des démarches en faveur d'une interruption volontaire de grossesse; et comment, **elle**, Catherine " voulait le garder c'est moi qui ai accompagné ma mère chez l'assistante sociale et qui lui ai dit de convaincre ma mère ... ", faisant ici référence au rendez-vous proposé dès lors qu'une interruption volontaire de grossesse est envisagée. A cet instant, Catherine semble se définir comme l'acteur privilégié, qui tout en cherchant appui auprès de l'assistante sociale, aurait impulsé un renversement de situation portant donc sur la décision de garder l'enfant.

A écouter Catherine, il est manifeste que Catherine toute entière s'est mobilisée activement pour sauvegarder cet enfant à venir, tandis que ces parents étaient en raison d'aspects familiaux (la différence d'âge avec les deux aînées) et économiques (leur situation sociale modeste) engagés vers une autre solution.

D'ores et déjà, il nous semble important de garder à l'esprit - pour l'avoir précédemment démontré - la difficulté de Catherine à adopter une attitude active dans une situation conflictuelle face à l'image maternelle.

De plus, nous pourrions tout à fait considérer que la divergence de point de vue entre Catherine et ses parents quant au devenir de la grossesse traduit bien une situation conflictuelle.

A ce titre, nous pouvons raisonnablement interroger la prise de position différente de Catherine, basculant, de la passivité pour se maintenir dans une position active, et ce dans une confrontation l'opposant à sa mère via l'existence du fœtus, soit de l'enfant à venir.

Se pourrait-il qu'une identification à la mère - voire qu'une confusion des rôles et places entre mère et fille - ait précisément favorisé cette émergence ?

En effet, dans la reviviscence de ce souvenir, nous mesurons toute la mobilisation de Catherine, qui est encore si vive et son intensité parfois si grande que le pronom indéfini " on ", sous-tendant et/ou confondant sa mère et elle, s'alterne avec le " je ", première personne du singulier, alors qu'il est en réalité question de sa mère. Pour exemple, elle nous dira " j'ai pris la décision de le garder (cet enfant) " en lieu et place de " mes parents (ou ma mère) ont décidé de ".

Attentive à la grossesse de sa mère, Catherine semble avoir adoptée une attitude surprotectrice en résonance à des inquiétudes somme toute mineures pour toute femme enceinte.

La grossesse arrivée à son terme, Catherine refuse d'assister à l'accouchement malgré l'invitation de la sage-femme et l'accord de sa mère. Par contre, " elle aurait pleuré toute la soirée tellement elle était contente c'était important car je m'en serais occupée j'avais tellement envie de m'occuper d'un bébé j'étais toujours avec des enfants ! ".

Catherine pourra aller jusqu'à exprimer son " impression de jouer à la maman ", tout en signifiant les limites " non je m'énerve ... quand il pleure: ou j'appelle ma mère, ou je vais le donner à ma mère ... il est très nerveux ... ".

Effectivement, une difficulté transparait à accueillir les pleurs de Joan. Catherine semble rapidement débordée par ses propres émotions et sa sensibilité aux cris de l'enfant et ne peut ainsi s'offrir comme réceptacle contenant.

Pour conclure sur ce point, il nous paraît maintenant évident de relier l'annonce et le maintien de la grossesse de la mère avec les modifications somatiques objectivées par Catherine. Cette grossesse semble avoir permis que dans son corps, enfin, puisse s'exprimer ce qui, au regard de notre hypothèse de recherche, représente le symbole de la maternité, soit ici la régulation des cycles menstruels.

Et l'émergence de cette expression somatique symbolique aurait été rendue possible car elle ne pouvait pas inconsciemment représenter un danger pour le devenir maternel, et ce dans la mesure où la mère dans la réalité allait justement donner le jour à un enfant, qui dans l'investissement que l'annonce de son arrivée mobilise chez Catherine nous laisse à croire qu'il pourrait en fait s'agir du sien, voire devenir " **lieu de partage** " entre mère et fille, ou mère et substitut maternel.

Seulement, cette traduction corporelle signifiante n'aura été que transitoire, et malgré tout trop intolérable, dans le fantasme matricide qu'elle véhicule, alors que dans le même temps où les cycles menstruels se régularisent, s'installe également le processus anorexique visant à son annulation.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

III) ANALYSES DES TESTS PROJECTIFS.

La présence d'un fantasme de cette nature pourrait-elle également se confirmer à la lecture des tests projectifs et ainsi corroborer les éléments cliniques précédemment exposés ?

Dans l'ensemble, durant la passation des tests projectifs, Catherine se montre coopérante.

3.1) Au test de RORSCHACH.

* Au RCH, globalement la représentation de soi est entière, représentation soutenue par l'image d'un papillon (PI: I, V), évoquant la liberté et dans une certaine mesure, laissant à entendre la prise d'autonomie dans l'envol dont il est question.

Prise d'autonomie mais également pourquoi pas mise à distance face à la représentation première. En effet, dès la planche I, avant le recours possible à la banalité par adhésion à la pensée collective et effet du refoulement, transparait une grande inquiétude de par l'intermédiaire de l'image d' " un masque ".

Cette réponse, qui peut tout à fait traduire le besoin de se protéger contre l'investigation psychologique, de se cacher, nous semble d'emblée s'inscrire dans une dynamique relationnelle.

En effet, à l'enquête, le masque est loti " avec des espèces de cornes, les yeux " (yeux (Db Bl), qui seront à plusieurs reprises soulignés).

Puis il semble devenir figure de cauchemar et ainsi véhiculé, dans le jeu associatif clivé (carnaval / horreur), une menace persécutive.

Alors, dans cette hypothèse interprétative, l'image du masque pourrait condenser le besoin de se protéger de l'objet persécuteur et permettre secondairement au sujet de se dégager d'une emprise de l'objet, qui ne l'entravant plus, favoriserait par projection le " vol et () la liberté du papillon ", probablement symbole d'une autonomie du Sujet.

Mais quelle serait la nature de cet objet face auquel le sujet devrait se positionner ?

La négociation des planches relationnelles II et III semblent nous fournir une réponse. A la planche II, le choc au trou dans la captation immédiate de Catherine par le blanc, non sans évoquer le manque et l'incomplétude narcissique, plonge le sujet dans une sorte de chaos imminent; aux réponses associatives, nous pouvons entendre " malheur, profondeur, éclat, tremblement ".

Mais quelle est la nature du grondement au plus profond de son être ?

Catherine se présente là dans l'incapacité de contenir l'émergence de ses pulsions agressives, réactivées par le contenu latent de la planche, et notamment par l'introduction de la couleur rouge, représentant, " le sang ". Ces pulsions échappent ainsi aux procédés de l'élaboration secondaire par la projection crue d'une violence pulsionnelle agressive, qui dans notre hypothèse de recherche, traduit l'absence de symbolisation du maternel et du féminin (comme l'analyse des planches suivantes pourra également le confirmer).

A l'enquête de la planche II, une mise à distance semble s'être opérée, mais reste insuffisante à contenir l'émergence en processus primaires car, même si la réponse paraît plus élaborée, la violence pulsionnelle est toujours présente quoique moins intense.

A la planche III, l'impact projectif s'inscrit dans le même registre que la précédente. En fait, simultanément elle la corrobore et la complète.

" La grenouille " (rep 1), animal des mondes marins, pouvant déjà laisser entendre un mouvement régressif, génère une confusion à la fois entre le règne humain et animal (la grenouille étant paré d'un flot, vêtement humain), et entre l'interne et l'externe par la perception conjointe au flot des articulations de l'animal. Ces articulations, dans une représentation corporelle partielle, pourraient également symboliser le lien corporel nécessaire à l'unification.

Remarquons la précision également donnée, cette fois à l'enquête, " des yeux " se réactualisant, redoublant ainsi celle de la planche I.

Cette importance accordée au regard pourrait-elle être en rapport avec la culpabilité surmoïque associée à la représentation de relation, non spontanément livrée et seulement reconnue à l'enquête sur proposition de notre part.

Et pour cause à cette difficulté à élaborer la représentation de relation, au travail d'association, le " face à face " des deux personnes évoque pour Catherine " égalité et ressemblance "; représentation en miroir sans différenciation possible de par l'insistance sur l'équité, et bafouant de fait toute dimension conflictuelle.

Cette représentation de la relation semble marquée une dimension prégénitale comme le signifie l'analyse de la planche VII, que spontanément le sujet lui-même relie à la planche III.

A cette planche, la problématique d'opposition, l'insuffisance d'une discrimination sujet / objet à l'origine d'un " intolérable " impact émotionnel se confirme. Celui-ci semble si intense que l'identification humaine n'est rendue possible que secondairement, transitant en quelque sorte par un besoin premier de " chosifier ".

Puis la représentation de " choses " devient représentation humaine mais le passage ne peut s'accomplir sans garanties face à la menace relationnelle, assurance que renferme la glace installée entre sujet et objet.

Si l'apposition de cette glace, froide et glissante en référence aux caractéristiques de l'objet " glace ", redouble l'effet miroir, elle symbolise également une tentative de séparation mais dans une scission si nette, si franche, si intense que nous la comprenons tel **un véritable acte de séparation**, pouvant tout à fait réactiver un vécu de déplaisir ou d'insatisfaction en raison de la texture même de la glace, condensant dureté et froideur, et comme symboliquement pouvant témoigner d'une absence de holding possible du fait de sa surface lisse et donc sans prise.

Les " choses / personnes " mises en balance (balance qui est aussi dans la réalité celle qui objective le seuil pondéral) pourraient potentiellement occuper ou avoir à partager une même place au risque d'ailleurs de se confondre. C'est pour nous cette confusion possible qui nécessiterait l'instauration de la glace entre l'une et l'autre; glace qui sépare mais également qui ne peut assurer aucune fonction filtrante et ainsi autoriser à l'échange et au partage, nécessaire au mouvement identificatoire.

Cette compréhension semble s'inscrire au coeur de notre hypothèse selon laquelle existerait entre mère et fille un impossible partage, s'actualisant dans une dimension prégénitale, comme en témoigne l'analyse de la planche VIII.

Maintenant, au regard de notre hypothèse de recherche, laquelle énonçait une centration sur des réponses corporelles comme procédé défensif contre les émergences fantasmatiques, la précision de Catherine à l'enquête reliant explicitement la planche VII à la planche III, par " la même que tout à l'heure ", nous apparaît signifiante.

La confusion entre l'interne et l'externe, la contamination objectivée par le " flot sur le corps " de la grenouille, traduisent une lutte défensive à l'émergence de processus primaires et attestent d'un flou identitaire (planche VII).

La " glace ", glace de séparation, semble assurer une fonction de discrimination afin d'affermir la fragile barrière entre sujet et objet.

La lutte défensive active de Catherine pour soutenir le processus de séparation/individuation, redouble encore à la planche VIII. Les " deux animaux " perçus restent non identifiables, à l'instar peut-être des deux personnes de la planche VII chosifiées dans un premier mouvement défensif.

A l'enquête, l'animal devient le support imagé de l'incomplétude narcissique. Tantôt " trop gros ", tantôt " trop petit " ou " trop haut ", la recherche de l'image corporelle idéale est vouée à l'échec, traduisant ainsi le conflit entre Idéal et Réalité; image corporelle imparfaite correspondant d'ailleurs au vécu de l'adolescence comme l'indiquera la seconde réponse " abstraction ", permettant peut-être l'évitement de la réalité conflictuelle.

Mais avant cela, défensivement chez Catherine, s'opère un repli régressif par la projection toujours à l'enquête d'un " petit mouton ". Au travail d'association, cette même image évoque " sa mère ... de l'espace, un abri, manger, qui a besoin de sa mère pour se nourrir ... "; description qui d'une part rassemble les caractéristiques idéales du contenant maternel, et qui d'autre part témoigne **d'une relation de dépendance anaclitique franche** chez une adolescente rencontrant des difficultés à " grandir ", comme l'atteste d'ailleurs l'abstraction.

En effet, cette dernière réponse de la planche VIII nous plonge au coeur de la problématique identitaire de Catherine.

L'angoisse accompagnant le mouvement projectif se manifeste par de nombreux actings succédant à l'évocation du " petit mouton "; puis le recours à l'abstraction favorise un dégagement partiel. En effet, ce dernier est à relativiser car la réponse reste somme toute bien difficile à structurer, dans le : " par rapport à différentes échelles, différentes choses, différents échelons ".

La teneur nous est toutefois donnée par l'insistance sur " la différence ", thématique encore ruminée aux associations (attestant de la prégnance du rapproché relationnel et de ses dangers) et qui culminera à la planche transférentielle (planche X).

Mais quels sont les fondements de cette " difficulté croissante " évoquée par Catherine et si grande, si lourde à porter ? Ils semblent ramassés dans la comparaison avec " les étapes de la vie " et notamment dans la souffrance contenue dans l'insistance sur " l'adolescence, c'est important " en même temps qu'elle ne semble plus pouvoir s'installer dans le repli régressif restaurateur, car générateur d'une confusion entre elle-même et son objet et ainsi réveillant une angoisse mortifère (" le crâne " de la planche IX le confirmant).

Avec le choix des planches aimées, l'association de Catherine nous livre le point de butée, l'étape de vie infranchissable, en même temps qu'incontournable. En effet, après avoir accentué le mouvement de l'adolescence, Catherine s'efforce d'objectiver les étapes successives du développement psycho-affectif de l'enfant. Dans une perspective génétique, elle précise: " on est bébé, on commence après à manger, marcher, l'école ... ".

A cet endroit, nous ne pouvons que remarquer la distinction nette opérée entre l'état de " bébé ", comme excluant toute conduite alimentaire autonome (et signant encore l'entière dépendance à l'imaginaire maternelle). C'est comme si Catherine, en dissociant le comportement alimentaire, l'inscrivait comme une seconde et indépendante étape du développement, laquelle marquerait également la résolution et le dépassement de l'état originnaire du nourrisson, (totalement dépendant de sa mère dans ses premiers temps de vie), par accès à une conduite orale active ...

Les planches IX et X se prêtent tout à fait à cette lecture, s'inscrivant dans la continuité dynamique de la précédente analysée çï-dessus.

Comme à la planche VIII, leurs présentations suscitent de nombreux actings. Pour nous, ceux-ci signent l'inscription corporelle de l'impact fantasmatique sous-jacent (et non un défaut de mentalisation) dont la dimension symbolique est patente.

A la planche IX, émerge à nouveau la centration sur " des yeux là, cachés par des tâches (Dd Db1), qui, à l'enquête, deviennent les yeux d' " un crâne " dont la tonalité morbide signe " l'horreur " et renvoie probablement à l'analyse de la planche I. La culpabilité surmoïque est ici immédiate lors du positionnement face à l'imaginaire maternelle archaïque, ce qui paraît à fortiori étayer notre hypothèse de recherche relative à l'existence d'un fantasme matricide.

A sa suite, la planche X, dans une lecture inter-planches, semble encore emprunte de l'angoisse mortifère réactivée à la planche IX.

En lutte contre le choc au morcellement, Catherine éprouve toutes les peines à rassembler sous une représentation (qui, malgré tout, reste partielle) un visage unifié. Tous les éléments y concourant sont nommés mais semblent difficiles à lier les uns aux autres. C'est secondairement, avec le travail des associations, que Catherine précisera qu'il s'agit en fait " d'un visage ". Ajoutons que les yeux, signant la culpabilité, sont encore soulignés.

Ainsi, l'accès à la projection d'un contenu corporel unifié est entravé, et ce probablement par la prégnance transférentielle de la planche. A cet endroit, la sensibilité aux couleurs accentue l'insistance portée sur les différences (référence, planche VIII): " chacun a son propre visage, sa propre expression, chacun sa personnalité "; insistance qui semble d'ailleurs répondre à une exigence fondamentale, étant ruminée aux choix des planches aimées comme au travail des associations.

A cette dernière planche, la problématique de Catherine nous semble clairement résonner. **Elle condense toute sa revendication, sa quête pour son individuation au travers de l'objectivation des différences interpersonnelles prenant elles-mêmes appui premier sur les différences morphologiques (chacun son visage). Et, en écho, elles deviennent également le porte-parole de son authentique mal-être et de sa lutte défensive contre une proximité encore trop grande par rapport à l'objet maternel archaïque et génératrice d'une angoisse mortifère par dissolution de son Être au sein d'une relation de dépendance anaclitique.**

* * * * *
* * * * *
* * * * *

3.2) AU THEMATIC APPERCEPTION TEST.

Au T.A.T, la présentation de la planche 2 mobilise des défenses de facture rigide.

Ainsi, le recours à l'isolation des personnages porte successivement l'accent sur la jeune fille au premier plan, puis sur le deuxième personnage féminin avec une hésitation dans l'interprétation: " elle est enceinte ou elle est grosse "; hésitation qui n'est pas sans nous rappeler l'équivalence entre grosse et grossesse, envisagée lors des considérations théoriques. Le représentant masculin est quant à lui occulté.

Le récit livré à la planche 5 témoigne (tout comme à la planche 12F) d'une grande sensibilité au contenu latent.

L'intrusion maternelle est immédiatement perçue, " une femme qui écoute à la porte ", et disqualifiée dans le second temps de la passation correspondant au choix des planches non-aimées.

La planche 12F atteste quant à elle de la reconnaissance d'une certaine toxicité avec l'évocation de l'ainée " qui pourrait peut-être la (la jeune fille du premier plan) commander ou lui faire du mal ", condensant ainsi, au travers d'une autre hésitation interprétative, le rapport de force, le désir de soumission de l'une face à l'autre comme son dessein marqué du sceau de l'agressivité.

Quant aux planches sollicitant une mise en relation entre les représentants féminins, systématiquement leur présentation suscita une expression physique mineure, soit un souffle spontané, comme préalablement nécessaire à l'élan discursif et au mouvement projectif.

Plus particulièrement, deux planches ont requis notre attention:

* La planche 7GF suscite une mise à distance relationnelle comme affective.

Il s'agit " d'une fille qui est avec la femme de chambre ou la bonne qui est en train de lui parler ... elle, elle en a rien à faire ...". L'identification à l'imgo maternelle est ainsi refusée, tout comme toute transmission inter-générationnelle. L'occultation du " poupon-bébé " tenu par l'enfant est pour nous significative et à interpréter dans le sens de notre hypothèse de recherche dans la mesure où l'intégration de son existence véhiculerait fantasmatiquement la menace de mort pour l'imgo maternelle.

* L'analyse de la planche 9GF nous paraît corroborer l'analyse précédente (planche 7GF).

En effet, à cette planche s'opère un glissement d'une représentation de relation en miroir, véhiculant une teneur persécutive (perception proche du contenu manifeste et latent) entre " une fille qui part et l'autre qui l'espionne ", vers une représentation de relation qui, laissant toujours entrevoir la composante persécutive, met secondairement en scène: " pas une femme de chambre mais quelque chose comme ça, qui s'occupe d'elle, soit qui la guette ou va la voir pour lui dire qu'elle a oublié quelque chose ".

Cet " oubli ", signifié mais non motivé est ainsi référé au personnage, qui dans une formulation négative, n'est pas " une femme de chambre " tout en s'en rapprochant pourtant. Il nous semble que c'est le contenu même de cet " oubli " qui renferme, contient la menace persécutive; tout comme il nous paraît probable que cet " oubli " soit en lien avec la scotomisation de la planche 7GF, **attestant de la non-intégration de la loi sur la différence de générations.**

* Les planches archaïques (11 et 19) sont pour leur part bien négociées et autorisent le mouvement régressif.

Ces dernières ont également retenu notre attention dans la mesure où si leur contenu latent réactive un positionnement archaïque. Ce même contenu ne sollicite pas la dimension relationnelle et donc la confrontation problématique de notre sujet avec l'imago maternelle.

Autrement dit, la négociation de ces planches étaye notre hypothèse de recherche en démontrant que le positionnement du sujet face à l'objet primaire génère une angoisse mortifère.

A la planche transférentielle par excellence (planche 16), le processus imaginaire semble entravé et de nombreuses sollicitations à notre égard - sous forme de questions ouvertes - seront insuffisantes à lever l'inhibition. Seule la référence à un souvenir récent banal (évocation d'une soirée entre ami(e)s) permettra un dégagement relatif par accrochage à la réalité. Une telle conduite défensive pourrait tout à fait rendre compte de l'impact fantasmatique sous-jacent, préalablement démontré avec l'analyse des autres planches.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

IV) CONCLUSION.

La sensibilité de Catherine, aux planches sollicitant une confrontation à l'imgo maternelle, révèle une problématique de nature prégénitale dans une incapacité à intégrer la loi sur la différence des générations, et témoigne de l'existence d'une menace intrusive et désorganisant pour le maintien de la cohésion interne dès lors que la dimension relationnelle est présente.

Cette menace nécessite la mise en place d'une barrière protectrice entre le sujet et son objet primaire (" la glace " au RCH , et d'une mise à distance du représentant maternel (la " bonne " ou " femme de ménage " au T.A.T).

De plus, le recours à de tels procédés défensifs nous sont apparus être en liaison, et avec l'occultation à la planche 7GF du " poupon/bébé ", et avec l'hésitation interprétative, voire la confusion ou l'équivalence, entre l'état de grossesse et l'embonpoint de la planche 2 du T.A.T.

Ces éléments de compréhension nous permettent d'objectiver l'adéquation entre d'une part le discours manifeste de Catherine (recueilli durant l'entretien clinique), qui à un niveau inconscient - renfermant sans doute une dimension réparatrice dans un renversement des tendances marquées du sceau de la pulsion de mort -, verbalise sa mobilisation affective et intense auprès des enfants, et d'autre part la dynamique conflictuelle inconsciente sous-tendue par l'émergence d'un fantasme matricide.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

ELISA

1) PRESENTATION DU SUJET.

C'est par une image de dos que notre regard saisit dans son champ de vision, pour la première fois, Elisa.

Spontanément, cette image nous fit songer à celle tout juste d'un pubère, vêtu d'un ensemble de jogging fluide, trop grand pour lui. Quel ne fût pas notre étonnement, lorsque, se retournant sur nous, c'est le visage d'une femme adulte qui nous dévisagea.

Elisa avait pris contact par téléphone et avait exprimé rencontrer une psychologue suite à " une crise conjugale ". De ses brefs propos, nous en avons déduit la présence d'enfants dont l'âge chronologique aurait en fait pu correspondre à l'âge associé à notre perception de sa présentation corporelle.

En réalité, il s'agissait donc bien d'Elisa, qui approchait à grands pas de la quarantaine. Pourtant, si l'on peut dire, elle ne " portait " pas son âge.

Son aspect décharné (pesant trente deux kilos pour un mètre soixante environ) lui conférait en quelque sorte un caractère intemporel.

Toute crispée sur sa chaise, cramponnée à son sac à main, elle prendra, tout au long de l'entretien (et de nombreuses fois plus tard), appui sur le mince rebord du siège, comme si celui-ci ne semblait matériellement ajusté à son corps, ou comme si également cette posture traduisait les assises identitaires extrêmement fragiles d'Elisa, que nous découvrirons au fil des pages.

Même le timbre de ses cordes vocales nous sembla correspondre à sa présentation corporelle. C'est avec une petite voix fluette qu'Elisa nous exposa la mésentente conjugale régnant depuis quelques temps et ses retentissements à un niveau familial.

Cette dynamique familiale, et plus particulièrement la représentation d'Elisa de sa relation de couple, attireront notre attention dans la mesure où elles se révéleront précisément en rapport avec la représentation des relations du couple parental; liaison que notre analyse tentera de démontrer. D'ores et déjà, il nous faut préciser que notre motivation, à étudier de façon détaillée et dynamique ces représentations de relations, s'inscrit dans un repérage progressif du vécu d'Elisa associé à l'imgo maternelle primaire. Seulement, étant entendu que l'affection du sujet est ancienne, il nous est apparu difficile d'accéder directement à la relation mère/fille, cette dernière restant en fait défensivement et inconsciemment masquée par l'évocation du couple parental.

De plus, ce choix d'analyse représente pour nous un intérêt clinique certain dans la mesure où il nous permet - au-delà d'étayer notre hypothèse de recherche - de rendre compte du long travail psychothérapique préalable à l'effleurement du conflit psychique à l'origine d'un tableau symptomatique maintenant chronicisé.

Ainsi, afin de rendre compte des difficultés d'Elisa à aborder la relation à l'imgo archaïque, tant celle-ci est associée à une forte angoisse et renferme une dimension fantasmatique, il nous a semblé opportun de retranscrire dans un premier temps les représentations de relation au conjoint, puis celles centrées toujours par déplacement sur le couple parental, tout en démontrant que ces contenus d'analyse sont en rapport avec la relation d'Elisa à l'objet primaire, étant entendu qu'ils se présentent comme objets transférentiels.

Il nous faudra également examiner minutieusement les " événements somatiques " ponctuant le parcours d'Elisa; qu'il s'agisse de ses deux grossesses, de son intervention chirurgicale ou encore d'accidents physiques survenant en fin de prise en charge.

Bien évidemment, nous porterons grand intérêt à l'évolution de son comportement alimentaire et tenterons de démontrer la liaison entre ce dernier - pouvant se traduire sur le plan somatique par une reprise pondérale - et l'objectivation progressive de sa réalité corporelle.

En dernier lieu, nous analyserons le lien existant entre l'émergence des pulsions agressives vis à vis de l'objet primaire et notre hypothèse de recherche, soit la présence d'un fantasme matricide sous-jacent.

Mais d'ores et déjà attardons-nous sur la présentation individuelle d'Elisa.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

II) Pour quelques repères anamnestiques.

Elisa est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Ses parents, domiciliés à proximité de leur fille, sont retraités.

Elisa poursuit un cursus scolaire normal et obtient un diplôme de comptabilité lui permettant d'exercer sa profession au sein d'une modeste entreprise.

C'est d'ailleurs sur son lieu de travail qu'elle rencontre son futur époux. Elle a alors une vingtaine d'années. Un premier enfant naît trois ans plus tard; un second quelques années après; tous deux sont de sexe masculin. Très rapidement, elle cesse toute activité professionnelle afin de se consacrer à l'éducation de ses enfants.

Dans un premier temps, Elisa nous confie avoir été licenciée pour des raisons économiques. En réalité, elle se dédira plusieurs mois plus tard, arguant que ce motif était pour elle " une excuse plus noble ".

En fait, Elisa ne désirait plus exercer, mais se trouvant dans l'incapacité d'assumer professionnellement son choix, son conjoint avait du régler **à sa place** toutes les démarches administratives inhérentes à sa cessation d'activité.

Elisa est ainsi restée sans emploi durant de longues années.

Ensuite reconnue par la COTOREP comme travailleur handicapé suite à l'évolution du processus anorexique, elle occupe au jour de notre rencontre un emploi à temps partiel, auquel dira-t-elle " tenir énormément ".

Ce rectificatif sur le plan professionnel ne fut pas le seul, bien loin de là. En effet, au fur et à mesure de l'évolution de sa prise en charge - et aussi de son investissement en

terme de relation de confiance - Elisa présente progressivement une authenticité favorisant le réajustement des éléments biographiques comme la reconnaissance des événements significatifs l'ayant précipité dans la maladie.

Egalement au niveau de l'avènement de l'affection et de son processus évolutif, le recueil des données signifiantes se réalise au fil des mois dès lors que se dévoile le sujet, et/ou qu'Elisa quitte " l'armature " de sa chaise pour s'asseoir plus sereinement au fond du siège.

Simultanément, les aménagements défensifs semblent devenir plus souples. Cependant une **constante signifiante** perdurera tout au long de la prise en charge: l'anorexie d'Elisa semble s'être constituée par paliers successifs, objectivés par une chute pondérale progrédiente. **Et à tous ces paliers successifs sont associés un événement somatique.**

Pour illustration, concernant le premier événement d'emblée avancé, Elisa soutient que l'apparition de sa maladie débute quatre ans auparavant alors qu'elle présente un sévère dérèglement thyroïdien nécessitant une intervention chirurgicale et l'instauration d'un traitement hormonal substitutif à l'ablation partielle de la glande thyroïdienne:

" ça fait quatre ans que je fais de l'anorexie ... après l'opération de la thyroïde, j'ai eu très peur de grossir avec les médicaments ... les hormones me font peur ... je ne mange plus rien "

Et, suite aux perturbations de son comportement alimentaire, elle est hospitalisée un peu plus tard dans un service spécialisé dans les troubles de ces conduites. Un contrat-poids est établi. En quelques semaines, la reprise pondérale est de six kilos. A peine sortie, la rechute est immédiate:

" j'ai très mal supportée mon hospitalisation, j'ai eu l'impression d'avoir l'étiquette de malade mentale en sortant. J'aurais voulu changer de tête ".

Depuis, elle semble avoir vécu à " l'écart étant souvent seule ". Cette solitude apparaît pour une part recherchée, et est ponctuée par sa seule occupation professionnelle, son mari et ses enfants étant absents en journée.

C'est d'ailleurs la qualité des relations qu'elle entretient avec ces derniers qui manifestement amène Elisa à consulter; même si durant ce premier entretien elle fait aussi référence à son affection, précisant " avoir déjà rencontré des psychologues

durant son hospitalisation, mais à cette époque je ne voulais pas leur parler "; un peu comme si implicitement un lien possible s'ébauchait déjà entre ses difficultés familiales et sa problématique personnelle.

Ainsi, en réponse à la demande d'Elisa, nous avons proposé l'instauration d'un suivi psychothérapique, à raison de deux séances par mois.

Cette fréquence fut décidée en accord avec l'intéressée, manifestant de fortes résistances à un suivi hebdomadaire.

Des résistances s'objectiveront aussi au niveau de la durée des séances. Progressivement, nous avons vu celles-ci augmenter (de trente minutes à une heure); parfois les entretiens, notamment en fin de prise en charge, ont également présenté une fréquence plus rapprochée (une fois par semaine).

En fait, d'une manière générale, nous dirions que nous avons laissé Elisa remettre fréquemment en cause le cadre thérapeutique déterminé en début de prise en charge - tant au niveau de la fréquence que de la durée des séances -.

Nous avons consciemment opté pour une telle souplesse dans la forme en raison des résistances inconscientes d'Elisa quant à son adhésion effective au suivi.

De plus, par cette stratégie thérapeutique, nous avons cherché sur le plan psychodynamique - et à un moment plus avancé de la prise en charge - à respecter un mécanisme de défense prédominant et extrêmement rigidifié chez Elisa, à savoir son besoin de maîtrise. Aussi, notre acceptation de négocier la fréquence des séances - et plus inconsciemment leur durée - s'est présentée à nous sous la forme d'un compromis acceptable entre les procédés défensifs et résistances d'Elisa et le cadre psychothérapeutique que nous lui propositions; interprétation qui fut d'ailleurs à un moment proposée à Elisa comme venant traduire son besoin de contrôler la situation, et au-delà sa relation à l'Autre.

Par la suite, la fréquence du suivi fut également irrégulière en raison d'une cure de trois semaines en maison de repos demandée par l'intéressée à son médecin généraliste; cure suivie d'une hospitalisation volontaire - sur proposition envisagée et discuter avec nous-mêmes - en service spécialisé dans le traitement des troubles alimentaires d'une durée de sept semaines.

Entre ces deux hospitalisations, nous reçûmes une fois Elisa.

Plus tard encore, deux accidents successifs occasionnant respectivement une fracture de la cheville, puis une fracture du bassin ont également ponctué le suivi psychothérapeutique.

Il est pour nous ici important de préciser qu'à chaque interruption programmée (les deux hospitalisations) ou imprévue (les deux accidents), Elisa elle-même reprit spontanément contact, cette démarche mesurant pour nous son investissement et adhésion progressante dans sa prise en charge.

Si nous avons choisi de relater succinctement dans cette partie les divers événements ponctuant le suivi, voire lui imprimant un aspect chaotique, c'est parce qu'ils se révéleront déterminants - comme nous le découvrirons ultérieurement - dans l'évolution favorable de l'affection d'Elisa. Ils sont donc à inscrire comme authentiques et significatifs éléments de vie; **comme si " quelque chose " du soma avait fait retour en introduisant quelque ordre symbolique et avait permis une intériorisation progressive de l'image du corps, ainsi réajustée à celle perçue dans le miroir.**

Pour conclure, afin de respecter avec justesse la dynamique des entretiens successifs, témoignant dans ses balbutiements de l'extériorité du conflit psychique puis d'une prise de conscience révélant pas à pas la nature intrapsychique du conflit, nous nous proposons donc d'introduire notre analyse clinique par les représentations de relations familiales.

III) Interprétation du contenu.

3.1) Les représentations de relations.

3.11) La représentation de relation au conjoint.

Rappelons qu'Elisa se présente à nous en détaillant l'attitude négative de son mari à son égard: " cela ne va plus du tout avec mon mari ... il est toujours en train de me dévaloriser ... il m'humilie constamment ... il n'y a plus rien entre nous ... il me contredit tout le temps ... il se moque de moi ... il ne me confie plus rien Tout ce que je fais, c'est mal ... il ne m'aide pas ...".

Ainsi, en premier lieu, Elisa nous introduit au coeur d'un scénario relationnel à forte composante sadomasochiste. Son mari, placé en position dominante, prend figure de persécuteur sadique; " Il me dégrade moralement et physiquement ... il me dit que je ne suis qu'une loque il remonte les enfants contre moi ... et je suis toute seule contre trois. "; tandis qu'Elisa semble occuper une position masochiste, subissant le comportement agressif de son époux à son égard

Pourtant, dans un second temps, il apparaît qu'Elisa projette sur son conjoint ses propres pulsions agressives, et que la description de l'attitude de ce dernier tient en fait lieu de justification arbitraire et renforce sa propre manière d'être à l'autre:

" j'ai de l'amour propre et ça dégénère j'en ai aussi je ne peux quand même pas me laisser insulter ... alors je me rebiffe ...".

Dès lors, nous percevons le renversement d'une position masochiste première pour son opposé, la position sadique, dévoilant le versant actif, prédominant en fait, chez Elisa...

Cette prise de position se présente dans le discours comme secondaire dans la mesure où elle serait réactionnelle à la conduite agressive du conjoint; justification qui, sans nul doute, autorise la prise de conscience de la réversibilité des positions.

Le mouvement projectif, attribuant à l'autre l'agressivité qu'elle-même renferme, deviendra manifeste quelques mois plus tard tandis qu'Elisa estime: " ne pas être facile ... je suis responsable à 90% de nos problèmes de couple ... je sais bien ... je suis

terriblement agressive avec lui ... je ne supporte pas les plaisanteries ... j'ai l'impression que c'est de l'irrespect ... quand il rentre, je lui tombe dessus ... le moindre prétexte est bon ... et ça commence et on se dispute ...".

Ainsi sort de l'ombre le déferlement sans limites des motions pulsionnelles sur l'objet, et ce sans, qu'à un seul instant, Elisa interroge le retentissement d'un tel rapport à l'autre pour le devenir de l'objet (tandis qu'elle ruminera - nous le démontrerons par la suite - l'impact fantasmatique d'une attitude similaire à l'adresse de ses parents). Ici, la souffrance de l'autre n'entre pas en considération (tandis qu'elle occupe le devant de la scène dans le rapport au couple parental).

Dans cette évolution de la forme discursive nous percevons comment le conflit intersubjectif, en termes de domination et/ou soumission, masque des composantes intrapsychiques de la personnalité d'Elisa. Se dévoile une position sadique - probablement en lien avec la pulsion d'emprise - qui semble se retourner vers le sujet sous la forme d'un masochisme secondaire. Et l'analyse de ce retournement contre le sujet semble indissociable d'une dimension fantasmatique sous-jacente.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Un mois plus tard, Elisa est en mesure de relier son agressivité avec le processus anorexique:

" mon agressivité vient de mon état ... mon état est beaucoup trop fragile ... il n'y a qu'avec lui (son époux) que je suis comme ça ... et je n'arrive pas à contrôler mon agressivité ... je ne suis jamais satisfaite ...".

A cette verbalisation, aucune auto-critique n'est adjointe. Ainsi, à l'objectivation d'un tel comportement, aucune culpabilité surmoïque n'est associée.

Cette observation ne sera, somme toute, guère surprenante dès lors que nous nous pencherons sur l'étude des représentations de relation aux imagos parentales, pour lesquelles toute manifestation agressive est déniée tandis que l'expression des sentiments de culpabilité culmine. Ainsi, le mécanisme de clivage de l'objet est-il pressenti.

Progressivement, Elisa paraît prendre conscience de l'existence de ses propres pulsions agressives, mais leur intégration semble encore entravée dans la mesure où le processus d'assimilation réactive la dimension fantasmatique sous-jacente - (laquelle nous le démontrerons ultérieurement, est précisément en lien avec l'imgo maternelle primaire)-.

En effet, Elisa exprime, consécutivement à cette objectivation partielle (partielle dans la mesure la prise de conscience de son agressivité reste à ce temps de la prise en charge dirigée sur un objet de substitution), une escalade incontrôlable des motions pulsionnelles:

" j'ai un problème avec mon mari ... quand on se dispute ... j'ai peur de devenir agressive ... j'ai envie de casser quelque chose ... je lui dis d'arrêter car je deviendrais trop méchante ... je voudrais pas en arriver à lui taper dessus ... j'ai peur de plus me contrôler ... j'ai peur de ne pas me contrôler ...".

Egalement à cette étape de son cheminement personnel, aucun sentiment de culpabilité envers l'objet n'apparaît. Par contre, la perte de toute maîtrise - ici comportementale - génère une forte angoisse associée à un passage à l'acte imaginaire.

Autrement dit, nous pourrions conclure à l'absence de mentalisation des pulsions agressives. Toutefois, le discours d'Elisa marque explicitement la distinction entre la réalité du recours à l'agir en " frappant " son conjoint, et la dimension imaginaire sur laquelle en fait vient s'étayer son sentiment de peur.

Ainsi, il nous semble possible d'interpréter ce témoignage comme l'ébauche d'une élaboration des motions pulsionnelles, présentant dans ses caractéristiques dynamiques **une nécessaire transition par une inscription corporelle.**

A cet effet, nous rappelons que les pulsions agressives contenues dans le fantasme matricide se déversent pour nous sur le plan somatique en raison des modifications corporelles/pubertaires, qui, non intégrées, signent le clivage entre le soma et la psyché, le corps propre du sujet lui étant devenu étranger.

Durant ce même entretien, à sa fin et donc suite au thème de l'agressivité, Elisa opère un glissement de son centre d'intérêt vers la relation mère-fils. Sans liens apparents, Elisa se présente soudainement fort préoccupée à décrire la nature de la relation qui unirait son époux à sa propre mère:

" il est toujours absent du domicile ... il est rarement à la maison ... il a du mal à se détacher de sa mère ... il est toujours chez elle ... son fils, c'est son dieu... Moi, je suis pas comme lui ... je vais pas les voir tous les jours et j'y reste pas des heures ...".

La signification de la continuité de ces deux contenus est pour nous transparente et nous semble jeter les prémisses d'une thématique centrale dans la problématique d'Elisa, à savoir le rapport à l'imgo maternelle.

Que nous dépeint Elisa avec force et vigueur ?

Elle décrit une grande proximité entre une mère et son enfant adulte, non sans évoquer une relation de dépendance anaclitique sous-tendue par un mécanisme d'idéalisation; le fils y est à l'image d'un Dieu.

Face à la nature de cette relation, Elisa réagit vivement par comparaison et opposition franche avec sa propre attitude envers le couple parental et non pas envers sa mère (cette précision étant pour nous d'importance): " je vais pas **les** voir ... ".

Une telle réactivité nous semble en lieu avec la reconnaissance de ses propres pulsions agressives, qui, par déplacement, sont projetées sur la figure maternelle prégénitale - et non sur le couple parental dès lors que nous repérons que la description de cette dyade mère-fils occulte toute référence -.

Egalement, si nous pouvons estimer que la verbalisation d'Elisa n'est que l'expression d'une intention d'affirmer son autonomie face au milieu familial, remarquons que cette distance psychique, loin d'être intégrée est appréhendée dans sa dimension réelle.

Ajoutons que dans la description de cette dyade mère-fils, Elisa occulte toute référence à la figure paternelle, comme si celle-ci semblait exclue de cette relation de grande proximité, voire d'emprise.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Ce fut notre dernière entrevue avec Elisa avant trois semaines de cure suivie d'une hospitalisation volontaire en milieu spécialisé.

A son retour, et dans les quelques cinq mois qui suivront et mèneront à son terme nos rencontres, Elisa n'évoque qu'à une seule reprise sa relation à son époux, et ce lors de première séance.

A cette époque, elle envisage une séparation sous la forme, nous précisera-t-elle, " **d'une séparation de corps et non d'une séparation de biens** "; précision qui pour notre part s'inscrit dans un registre symbolique - et laisse entrevoir le "corps à corps" dans lequel s'insère la problématique d'Elisa :

" je ne peux plus rester à la maison ... je suis agressive ... l'agressivité monte plus vite que je le veux ... depuis mon retour, j'en ai de plus en plus conscience ... je ne supporte plus mon époux ... ni mon agressivité ... il dit que je le provoque ... il a peut-être pas tort ... mais je ne m'en rends pas compte ... je ne peux que lui faire des reproches ...".

Nous ne pouvons que remarquer la concomitance entre cette prise de conscience de plus en plus prononcée et la rupture familiale de dix semaines associée à une reprise pondérale mineure.

Toutefois, l'intégration des motions pulsionnelles agressives reste relative dans la mesure où la prise de conscience se réalise dans l'après-coup de la démonstration comportementale. A l'instant précis de sa manifestation, elle " ne s'en rend pas compte ".

Mais peut-être aussi que si Elisa en prenait conscience au moment exact de son extériorité, la nature mortifère de la dimension fantasmatique sous-jacente se dévoilerait, générant une angoisse si massive qu'elle entraverait toute expression pulsionnelle ?

Enfin, il n'en reste qu'Elisa rend maintenant manifeste son comportement agressif envers son mari, auquel elle n'en incombe plus l'entière responsabilité: elle est " responsable à 90% "; toutefois, si elle reconnaît et évalue sa propre participation au conflit, aucun sentiment de culpabilité face à l'objet sur lequel sont projetées ses pulsions agressives n'est exprimé.

Elle semble également présenter l'attitude provocatrice qu'elle adopte à l'égard de l'objet et qui contribue à l'instauration de la relation conflictuelle. Autrement dit, pas à

pas, Elisa semble se percevoir comme l'instigatrice du conflit, mais n'apparaît toujours pas en mesure d'apporter une réponse adaptée en contrôlant ou réprimant l'émergence de ses pulsions agressives.

Telle en témoigne sa réponse en terme de séparation, qui, loin de solutionner le conflit intersubjectif, développe plutôt une stratégie d'évitement de l'objet dont la **présence réelle physique** réactiverait le monde intérieur archaïque.

La précision sur la concrétisation d'une séparation du couple est en ce sens significative. En effet, à aucun instant, Elisa n'évoque le divorce ou les démarches légales menant au terme d'une union, mais seulement un éloignement familial (et non pas une rupture définitive), comme tel était d'ailleurs le cas sous une autre forme durant ces dix dernières semaines.

Si maintenant nous gardons à l'esprit qu'il n'y aurait, pour Elisa, " qu'avec lui " qu'elle présente un comportement agressif, l'annulation de ce dernier peut induire l'évocation **d'un éloignement physique, " d'une séparation de corps "** qui dans cette perspective signe une conduite défensive par recours au passage à l'acte et la lutte du sujet contre l'émergence des pulsions agressives. Avec la disparition de l'objet, l'expression pulsionnelle serait ainsi dissoute.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Dans la réalité, une séparation partielle se négociera en fin de prise en charge en raison de perspectives professionnelles nouvelles nécessitant un éloignement hebdomadaire du domicile familial pendant dix huit mois. Mais, à cette période ultérieure, cette décision personnelle renfermera une dimension symbolique évidente, s'inscrivant au coeur de la problématique de séparation du sujet.

Toutefois, nous préférons, pour la cohérence de notre rédaction, et car ces changements marquent le nécessaire arrêt de la prise en charge, revenir plus en détail sur cette question dans nos conclusions.

Cette digression terminée, l'évocation d'une séparation de corps s'inscrivant donc quelques temps plus tard dans la réalité nous semble rejoindre l'analyse précédente **du sentiment de peur associé à un agir fantasmé, et ainsi correspondre pour nous à une étape nécessaire d'intégration des pulsions agressives.**

En effet, ici encore, cette précision d'une séparation de corps rend explicite **la référence corporelle ; comme si la séparation** - et symboliquement l'individuation du sujet de son objet, son dégagement d'une relation d'emprise - **devait transiter par le soma avant d'être introjectée.**

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Ce cheminement d'Elisa pour la reconnaissance et l'assimilation de ses difficultés personnelles est indissociable (nos quelques jalons antérieurs ont cherché à l'évoquer) d'une compréhension parallèle du positionnement d'Elisa face au couple parental, et plus particulièrement face à l'imgo maternelle.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

3.2) Les représentations de relation aux ascendants, ou dans leur ombre, l'imgo maternelle.

En effet, si dans un premier temps, le thème des parents est abordé en tant que sujet de l'énonciation, rapidement il nous apparaît que les imagos parentales se présentent indifférenciées l'une à l'autre.

Rien ne semble effectivement les dissocier: ils ont été " les mêmes " dans leurs pratiques éducatives et ont éprouvé des ressentis identiques à l'égard de leur fille; ou du moins dans l'esprit d'Elisa, fantasmatiquement, l'évocation de leur état d'âme suscite l'émergence d'affects négatifs, susceptibles de les mettre en danger sur le plan somatique.

Dès le premier entretien, c'est avec beaucoup de restriction qu'elle aborde le couple parental.

Sur le plan descriptif, les renseignements biographiques recueillis sont succincts et prennent des allures télégraphiques.

Sur le plan émotionnel, son discours n'est guère plus prolix: " mes parents n'ont jamais été affectueux ... ils étaient très sévères ...". Et des ruminations s'ensuivent, imprimant un caractère redondant à l'expression langagière, suscitant à notre niveau un profond sentiment de lourdeur, probablement en résonance avec la massivité du mécanisme de refoulement.

A cet instant, Elisa traduit son incapacité à se positionner émotionnellement face à l'absence de chaleur affective, ou face à la rigidité de l'éducation reçue.

Cet assèchement langagier nous évoque une image, reflet d'une grande distance relationnelle, soit celle d'étrangers auprès desquels pourtant Elisa a " grandi ".

Un peu plus tard, elle nous confie avec hésitation: " je crois **avoir encore peur de mes parents** ... je n'ose pas leur dire que ça ne va pas avec mon mari ... **j'ai peur de les rendre malades** ".

L'origine de ce sentiment de peur semble confuse pour Elisa. Dans un premier temps, il se réfère à la sévérité perçue chez ses parents; mais dans un second temps, il apparaît associé à une représentation plus inconsciente et fantasmatique, en lien avec une expression somatique.

Mêlant leurs éventuels problèmes physiques à ses propres difficultés, Elisa conclut:

" peut-être que j'y suis pour quelque chose ... alors je ne leur dis plus rien ... je ne veux pas qu'ils se fassent du souci ... j'accepte pas le poids, l'alimentation; et eux, leur but, c'est de me voir manger ...".

Ainsi, de manière déguisée, Elisa n'est-t-elle pas en train de relier sa problématique intra-psychique à l'état de santé réel de ses parents; comme fantasmatiquement ne semble t-elle-pas s'en approprier la responsabilité et " nourrir " des sentiments de culpabilité. Avec l'évocation d'une possible maladie parentale, la figure de la mort implicitement emplit l'atmosphère; tandis que, somme toute, il est question d'une réalité temporelle renfermant des incidents corporels dès lors que tout sujet avance dans la pyramide des âges.

D'ores et déjà, en référence à l'analyse des représentations de relation au conjoint, remarquons que si le comportement agressif d'Elisa à son encontre n'était lié à aucune expression de culpabilité; par contre, des sentiments de même nature prédominent avec l'évocation du couple parental, et ce malgré la vigilance d'Elisa à ne rien leur confier qui pourrait aviver leurs inquiétudes.

Par la suite, réactualisant plus précisément son sentiment de peur, Elisa, cette fois, découvre **le lien manifeste entre son affection et la culpabilité surmoïque:**

" je ne veux pas en parler avec eux ... je refuse ... je crains leurs réactions ... **tout le monde se rend malade pour moi** ... dans un sens, je suis égoïste ... je ne pense pas à eux ... il y a des moments où je me dis **qu'il faut que je mange un peu plus ... pour avoir une apparence plus normale et qu'ils arrêtent d'être fixés là-dessus** ... je manque d'affection ... j'ai l'impression d'être utile à personne ... "; comme si l'affection revêtait un caractère utilitaire.

La souffrance d'Elisa est ici très apparente et laisse émerger une image de soi disqualifiée, " je suis égoïste ", car tournée vers soi. Sur ce point, alors qu'à différents moments de notre travail, nous avons évoqué l'incapacité de ces sujets anorexiques à se reconnaître " malades ", nous ne pouvons qu'adjoindre à cette réalité (reflétant toute la difficulté à l'adhésion thérapeutique), la projection de l'effet induit chez l'objet. Autrement dit, pour Elisa, **prendre conscience de son état de santé** - et de sa précarité - **semble entravée par une confusion entre elle et l'autre, et redouble l'impact fantasmatique, attribuant au couple parental un potentiel désordre somatique, dangereusement mortel.**

D'ailleurs, en présentant " une apparence plus normale " - liée à une restriction alimentaire moins sévère, " il faut que je mange **un peu plus** " - , la référence corporelle est ainsi soulignée au bénéfice de voir disparaître les inquiétudes somatiques d'Elisa pour le couple parental et la culpabilité qui leur est inhérente; disparition atténuant, voire dissolvant probablement le fantasme mortifère.

Christiane BALASC (1991) dans " Désir de rien " nous rappelle que l'anorexique " n'essaye pas de mourir mais d'être la mort en acte dans une survie qui nie tout besoin vital " (p 94, 1991); et dont la visée défensive traduit pour nous la lutte du sujet contre l'émergence d'une problématique fantasmatique mortifère à l'adresse de son objet.

Ainsi, nous devient-il évident qu'une quelconque reprise pondérale entretient des rapports étroits avec la relation aux imagos parentales, et avec une dimension fantasmatique sous-jacente étayée par les pulsions de mort.

De plus, il nous devient également manifeste que cette souffrance psychique s'enracine profondément dans l'histoire singulière d'Elisa, en raison d'une forte répression des affects et du caractère fonctionnel de la relation, pouvant suggérer un vécu de chosification pour le sujet:

" mes parents étaient très très durs avec moi ... toujours très sévères ... j'avais **droit de rien** ... je travaillais à la maison, il fallait que j'aide tout le temps ...".

Elisa semble toujours sous l'emprise du signifiant contenu dans cet énoncé " droit de rien ", qui aurait pour nous effectué un passage inconscient vers un registre réel, soit sur le plan du besoin de nourriture....

Et laisser advenir le " **droit de** ", contenu dans le registre du désir, véhiculerait un caractère morbide associé à l'évocation du devenir parental.

Aujourd'hui, que devient la vie d'Elisa:

" je me préoccupe plus de la santé des autres que de la mienne ... mais moi, je ne m'estime pas malade ... je travaille, je tiens ma maison, je m'occupe des enfants ... **je sais que j'y suis mais** ...

En réalité, il apparaît avec ses derniers propos qu'Elisa nous introduit dans une dimension bien différente de celle d'un déni corporel. Bien au contraire, Elisa semble tout à fait en mesure de prendre conscience de la précarité de son état de santé, mais, en même temps, volontairement, elle se refuse à l'exprimer. En effet, une telle reconnaissance en présence d'autrui semble compromise, voire dangereuse ...

Que contient implicitement ce " Mais " précédant l'inhibition ?

De quoi Elisa souffre-t-elle au point d'avant tout " s'occuper de la santé d'autrui ", voire de se tenir pour responsable de celle de ses parents ?

Ainsi, sa souffrance est effleurée avec l'évocation culpabilisante d'une quelconque responsabilité dans l'état physique, corporel de ces derniers.

Et ce lien nous paraît s'inscrire au-delà du caractère manifeste de son affection - en termes de comportement alimentaire ou d'apparence physique - mais semble s'enraciner dans les motions pulsionnelles jusqu'alors projetées et déplacées sur un objet de transfert, à savoir la figure du conjoint.

Dans l'étude de la relation à celui-ci, nous avons observé la reconnaissance grandissante d'Elisa quant à l'origine interne de son agressivité.

Parallèlement, dans les semaines précédant cette prise de conscience, se sont également dévoilés des sentiments d'une nature similaire envers ses parents, et plus particulièrement envers l'imgo maternelle, maintenue dans l'ombre du couple parental.

La figure paternelle n'est en fait qu'évanescence et masque défensivement - avec l'évocation du couple parental - l'imgo maternelle prégénitale sous-jacente, envers laquelle Elisa " nourrit " une agressivité, qui fantasmatiquement fait retour à la conscience sous la forme d'une culpabilité surmoïque liée à la pulsion de mort.

Autrement dit, sous l'impulsion du mécanisme d'idéalisation, il **faut** veiller à présenter une bonne image de soi: " j'ai l'impression d'avoir toujours déçue mes parents ... en ce moment encore, je les déçois beaucoup ... mais eux, ils m'ont beaucoup déçue aussi ... ils ne sont jamais contents de moi ... il fallait que je bosse tout de suite à la maison en rentrant de l'école ... ".

La reviviscence des souvenirs infantiles semble se mêler aux souvenirs récents et donne l'impression d'un dérapage temporel par association de pensée, dérapage contenu dans l'enchevêtrement des verbes de conjugaison, entre passé et présent.

Elisa souligne également la blessure narcissique en rapport avec le sentiment de ne jamais satisfaire les attentes parentales, de ne pas être suffisamment " bien ou bonne " soit susceptible de procurer chez l'autre des affects de plaisir. C'est aussi la première fois qu'elle pourra se laisser aller à exprimer son propre vécu d'insatisfaction.

Elle ajoute: " je n'ai pas de souvenirs de compliments ... ils sont trop sévères ... j'ai encore peur de leur réaction ... pourtant ils ne m'ont jamais brutalisée ... j'ai peur de leur faire du mal ... ".

Accentuant le manque affectif à l'origine de la fragilité narcissique, soulignant ensuite implicitement la référence au passage à l'acte agressif - avec la formulation négative d'une brutalité physique -, les tendances réparatrices surmoïques d'Elisa s'expriment.

Dans cette " peur de leur faire du mal ", les pulsions agressives semblent contenues. Il s'agit pour nous du même " genre de mal " dont il était déjà question avec son conjoint, subissant le déferlement de ses motions pulsionnelles.

Et ces dernières apparaissent en lien avec le versant narcissique de la problématique d'Elisa: " j'en veux toujours plus, peut-être que je suis comme mes parents ... une espèce de perfection ... déjà chez eux, j'étais comme ça ... il fallait être gentille, ne rien dire, tout ranger, que tout soit bien net ...".

L'instance Idéal du moi transparait ici nettement au travers de cette perfection recherchée dans la réalité quotidienne et atteste du conflit psychique existant entre cette instance et l'instance surmoïque.

Dans ce clivage du moi, nulle place ne peut exister pour la colère, l'agressivité ou le ressentiment; une telle expression est intolérable car, dans l'imaginaire d'Elisa, elle emprunte le visage de la méchanceté elle-même aux origines de la maladie: " je ne veux pas être méchante avec eux ... je ne veux pas les rendre malades ... ".

A cet instant de la prise en charge, nous assistons à une levée partielle des souvenirs infantiles refoulés: " c'est curieux, en ce moment, je repense beaucoup à mon enfance ... j'ai des souvenirs qui reviennent ... je me vois encore en train de faire la vaisselle après la dernière bouchée ... **j'ai** pas le droit de me plaindre à la maison ... on était tout de suite remis à sa place ... et je ne me suis jamais rebiffée ... je leur ai jamais dit non plus que j'avais souffert du manque d'affection ". Là encore, la confusion des temps de conjugaison traduit l'actualisation du conflit infantile.

A cet endroit, l'impossibilité d'Elisa-enfant à soutenir une position conflictuelle face aux imagos parentales indifférenciées, voire à exprimer une frustration affective est explicite et apparaît toujours actuelle: " c'est comme si j'étais encore un bébé ... ils s'occupent de moi comme si j'en étais un ... j'ai beau dire à ma mère que j'ai quarante ans et que je peux m'assumer ... et puis ... vous vous rendez compte qu'à mon âge j'en ai encore peur ... oui, je reconnais qu'ils me font toujours peur ". **Peur d'eux ou peur pour eux ...**

La relation de dépendance anaclitique devient prédominante avec l'image du bébé, qui marque comme un arrêt - et non pas une régression - dans le développement psycho-affectif de l'enfant en quête d'autonomie.

Ses propos susurrés prennent l'allure d'un aveu pudique et étayent tout un second pan d'analyse durant lequel Elisa s'autorise à exprimer plus librement son ressentiment et sa colère à un tiers. Parallèlement, le thème de sa relation au couple s'évanouit et découvre la relation à l'imaginaire maternelle: " à vous, je peux dire tout ça ... je peux pas en parler avec eux ... c'est pas possible ...".

C'est un peu comme si l'évocation d'une position nettement régressive, réactivant donc la relation de dépendance anaclitique, avait donc favorisé l'émergence des pulsions agressives dirigées vers l'objet de dépendance, et non plus vers un substitut par déplacement: " peut-être que c'est une forme de rébellion que de ne pas manger ... c'est pour me malmener ... mais c'est pas pour leur faire du mal ... ils sont fragiles ... surtout ma mère ... je peux pas expliquer ... mais il faut que je les protège, des fois je leur en veux vraiment ... de n'avoir pas eu une bonne enfance ... de ne pas avoir été suffisamment libre ... j'ai envie des fois de les envoyer balader ... mais je pense pas ... c'est pas possible ...".

Cette " forme de rébellion " serait une forme d'opposition, une tentative de se situer face aux instances surmoïques. Mais cette tentative est vouée à l'échec en raison d'une fragilité moïque, s'exprimant sur ce plan corporel, projetée sur la figure maternelle. Toutefois, l'impact fantasmatique sous-jacent se révèle si intense qu'Elisa ne peut rester sur cette image à peine effleurée, qui à nouveau disparaît avec l'évocation du couple parental.

La perception d'une telle fragilité paraît si intense qu'elle suscite réparation. Il s'agit probablement là d'une formation réactionnelle en raison des sentiments de culpabilité associés à toute expression de pulsions agressives. C'est d'elle-même qu'Elisa cherche visiblement à les protéger, car " elle leur en veux vraiment " mais ne peut s'y autoriser du fait de la dangerosité qu'une telle conduite renfermerait.

Progressivement des ébauches de liens avec le processus anorexique font jour: " mes parents pensaient que j'étais bien, puisque je les écoutais et faisais tout comme un toutou ... j'avais peur des punitions ... ma mère me privait de manger pour me punir ..., c'était pour mes parents la pire des punitions ... ".

Serait-ce toujours la " pire des punitions " mais qu'aujourd'hui Elisa s'infligerait à elle-même ?

Mais que pourrait la culpabiliser au point de cesser de s'alimenter ?

Quelle est la nature de la culpabilité qui l'aurait fantasmatiquement gagnée, évoluant insidieusement depuis son adolescence, et l'invitant à reproduire la " pire des punitions " ? (tout en tentant de se dégager d'une position de soumission passive face à l'autre).

Dés lors, Elisa tente de se rapprocher du couple parental qu'elle fuyait jusque là, justifiant sa conduite par " ne pas vouloir leur faire du mal ". Plus particulièrement, " je recherche beaucoup ma mère ... peut-être l'affection que j'ai pas eue, je me rends compte que je suis dure ... comme eux étaient sévères ... dure et agressive ... ça me fait peur toute cette violence ".

Effectivement, **Elisa a peur pour eux en raison de cette violence qu'elle pressent en elle, et pas nécessairement peur d'eux**, tandis qu'encore une fois l'esquisse de l'imaginaire maternelle s'efface derrière l'évocation du couple.

Cette violence pulsionnelle archaïque semble encore si vive et incontrôlable qu'elle ne peut s'exprimer et surtout qu'elle ne peut être dirigée vers son objet.

Quelques séances plus loin, cette violence est reliée au contenu alimentaire, mais reste minimisée dans son expression " avec mes parents, je suis un peu agressive ... quand elle aborde le poids et la nourriture ça m'énerve ... ça me ronge à l'intérieur qu'ils répètent la même chose ...".

N'est-ce pas, outre les ruminations maternelles, ce que celles-ci réactivent " à l'intérieur qui ronge " Elisa ?

Soit les pulsions agressives mobilisées en retour, et qui génèrent une angoisse de dévoration ?

A son retour de cure, nous rencontrons Elisa une fois tandis que son hospitalisation approche. Son attitude envers sa mère semble occuper ses pensées: " je me rends compte que je suis impulsive avec elle ... et pas avec mon père ... avec ma mère, je pourrais sortir de mes gonds ... mais ça n'est jamais arrivé ...".

Un processus de différenciation des imagos parentales semble amorcé. Toutefois la reconnaissance d'une impulsivité, expression des motions pulsionnelles, reste fugace. Et l'insécurité liée à cette évocation suscite immédiatement chez Elisa le besoin de prendre à nouveau le contrôle par négation: toute expression impulsive " n'est jamais arrivée ".

Suite à son hospitalisation, une quête affective massive apparaît: " depuis toute petite, je n'ai pas eu d'affection ... personne ne m'aime ... ils n'ont jamais su me le montrer ... j'ai jamais vraiment été aimée ... pourtant j'en aurais tant besoin ... ".

Au même instant, son agressivité redouble " je suis de plus en plus agressive ... je m'en rends bien compte mais c'est plus fort que moi ... je suis infernale ... il faut que j'attaque, c'est plus fort que moi ... ".

Elisa choisit alors la mise à distance et l'évitement : "je ne vois pas trop mes parents en ce moment ".

Et l'explosion pulsionnelle retombe à **peine éclore**. A la séance suivante, les ruminations reprennent: " je n'ai pas de raisons de me mettre en colère contre eux ... je ne veux pas les rendre soucieux ... je ne veux pas les embêter ... les rendre soucieux et malades ... je fais comme si tout allait bien, mais enfin ils voient bien que quelque chose ne va pas ...", et dissolvent le conflit.

En dernier lieu, Elisa révoque son positionnement régressif au sein de cette relation: " j'ai l'impression d'être encore une enfant ... à mon âge ! ... c'est pas tout à fait normal ... c'est pour ça que je ne veux pas aller chez mes parents ... je me rends compte que j'ai pas grandi ... ça me fait mal de réagir comme une petite fille ".

Toutefois, cette fois là, elle semble plus sereine et beaucoup moins révoltée. Il ne s'agit plus de sa mère la considérant comme un bébé, mais de sa propre difficulté à grandir.

Quelques semaines plus tard, elle nous fait part de la concrétisation de son projet de formation, comprenant un éloignement familial que nous entendîmes symboliquement comme une séparation: " je vais partir toute le semaine ... je ne sais pas si je rentrerai tous les week-ends ... ils peuvent se débrouiller sans moi ... les enfants sont grands ... par contre ... moi je n'ai jamais vécu seule ... il est temps que je m'occupe un peu de moi ... j'en ai besoin ".

Au terme de cette analyse, nous pouvons mesurer l'ampleur de la problématique d'Elisa. Celle-ci s'inscrit au coeur d'un conflit psychique révélant une grande violence pulsionnelle culpabilisante, laquelle défensivement est réprimée et fait retour au travers de forts sentiments de réparation, en raison de la culpabilité surmoïque.

L'indifférenciation première des imagos parentales laisse entrevoir une relation de dépendance anaclitique, en même temps que défensivement elle dissout l'objet primaire. Cependant, les quelques ébauches le concernant ont pu découvrir la liaison inconsciente entre les pulsions agressives et le fantasme mortifère. C'est bien de son agressivité incontrôlée qu'Elisa semble chercher à protéger ses parents et indirectement l'objet archaïque.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

3.3) Analyse des événements somatiques.

Nous démontrerons ici que l'évolution progressive de la perte pondérale chez Elisa s'effectue par paliers, et qu'à chacun de ses paliers Elisa associera un événement somatique.

De même, nous observerons en fin de prise en charge que chacune des orientations choisies par Elisa ou ses efforts entrepris en faveur d'une réalimentation, et ce dans une tentative de restauration de son image corporelle, seront précédés d'accidents somatiques portant donc atteinte à son intégrité physique, mais également interpellant le sujet à un niveau corporel.

En ce sens, nous avons choisi de parler de ruptures somatiques comme événements précurseurs à forte connotation symbolique pour l'évolution ou la régression du processus anorexique.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Lors de l'exposé des éléments biographiques, nous avons relaté pour illustration l'événement déclencheur qui, selon Elisa, l'avait précipité dans la maladie.

Il s'agissait de l'ablation partielle de la glande thyroïdienne, nécessitant la mise en place d'un traitement hormonal compensateur. Et celui-ci aurait provoqué " une peur de grossir " telle - pour ne pas dire " disproportionnée - " qu'Elisa aurait présenté une importante restriction alimentaire:

" après l'opération, j'ai eu peur de devenir obèse ... j'ai eu peur des hormones ... ça m'aurait fait gonfler ... comme des petits veaux qu'on engraisse ".

La valence orale est évidente et est associée à un déterminisme somatique, lequel semble réactiver une relation de dépendance.

En effet, l'image proposée soutient une situation de maternage au travers de l'acte - de nourrir - qui engendrerait un surplus pondéral insupportable en terme d'obésité.

Il semble là qu' **Elisa confonde croissance** (celle d'un petit veau, par exemple) et **excédent pondéral**; ou qu'encore **le rejet oral soit sous-tendu par une équivalence symbolique entre grandir et grossir**.

A partir de ce premier événement somatique énoncé par Elisa, une véritable reconstruction anamnétique eut lieu et nous permit de découvrir d'autres événements significatifs masqués par l'évocation de ce premier souvenir écran, qui, en dernier lieu, semblerait avoir accentué le processus anorexique.

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Ainsi, à un second niveau, le vécu associé aux deux grossesses d'Elisa renferme également une dimension symbolique.

La première grossesse fut non désirée, nous dira-t-elle. Elisa prit vingt et un kilos durant celle-ci et accoucha en urgence par césarienne. De son vécu durant cette grossesse, elle nous confiera:

" j'étais énorme et moche quinze jours avant l'accouchement, on avait pris des photos à une réunion familiale ... ça m'a complètement effrayée ... j'avais l'impression de fausser toutes les photos ... c'est à peine si je pouvais me reconnaître ... j'ai cru que c'était pas moi ... ".

Quelque chose de sa propre image lui avait échappé. Sa réalité corporelle associée à son état de grossesse semblait déniée; et l'objectivation de celle-ci par le biais d'une photographie - soit en quelque sorte du retour d'une image perçue dans un miroir - avait suscité des sentiments déréels tels qu' " elle a cru que ce n'était pas elle " . Il est intéressant de souligner que cette prise de conscience à un niveau corporel s'actualise dans l'après-coup de l'accouchement laissant ainsi présager d'un déni corporel associé à son état de femme enceinte. Et que cette perception corporelle fut si intolérable que la restriction alimentaire fut immédiatement majorée.

Aussi, c'est avec une certaine fierté affichée, qu'Elisa évoque sa deuxième grossesse: " je n'ai pris que neuf kilos pour le second ... et c'était largement suffisant ... et pour lui j'ai accouché naturellement ...".

Aucun vécu manifeste ne sera associé à cette période. Tout au plus, nous pouvons remarquer les affects de plaisir transparaissant avec l'énonciation pondérale. Et la précision sur les conditions de l'accouchement nous interroge quant à l'impact psychique de l'intervention chirurgicale durant son premier accouchement.

Dans quelle mesure la césarienne aurait-elle pu menacer son intégrité corporelle et ainsi renforcer le traumatisme psychologique lié à la perception dans l'après-coup de son image corporelle ?

L'atteinte de cette dernière, inhérente aux modifications somatiques non assimilées durant sa grossesse, semble effectivement avoir redoublé avec l'intervention chirurgicale, intervention somatique non programmée et donc à laquelle Elisa ne pouvait se préparer.

En effet, le retentissement psychique de la césarienne devient manifeste tandis qu'Elisa exprime son incapacité à allaiter ses nourrissons.

Elisa nous paraît là emprunter la voie somatique afin de signifier le conflit psychique (ré)émergeant avec ses grossesses.

Et l'insistance sur son impossibilité corporelle à satisfaire le besoin oral de ses enfants introduit une nouvelle référence somatique avancée comme justification:

" Pour le premier enfant, à cause de la césarienne, je n'ai pas pu l'allaiter ... et pour le deuxième, je n'ai pas eu de montées de lait ... c'est vexant car j'avais une grosse poitrine et je voulais les allaiter ...".

Ainsi, une fois de plus, Elisa argumente en faveur d'une étiologie somatique: " à cause de la césarienne et du bouleversement hormonal, je n'ai pas pu le nourrir ...", sans toutefois s'interroger sur les réelles modifications hormonales préparant en vérité à la montée du lait maternel, et/ou procéder à une quelconque association avec l'absence de montée de lait pour son deuxième enfant, non consécutive à une intervention chirurgicale.

Le décalage entre le désir conscient d'allaiter et - sans doute - sa résistance inconsciente à traduction somatique est pour nous très claire: au-delà du refus de satisfaction orale qu'il véhicule, la précision concernant la poitrine généreuse de la femme enceinte fait implicitement référence à celle d'Elisa adolescente.

A cette période de la prise en charge, Elisa ne semble encore pas en mesure d'associer sur ce temps de vie plus ancien. Toutefois elle nous dévoile d'intenses affects de déplaisir liés à l'objectivation de cette partie corporelle, et ces éprouvés se révèlent particulièrement similaires à ceux exprimés par ailleurs et concernant son adolescence.

Relevons également ici que cet attribut féminin et/ou maternel ne renferme chez Elisa aucune connotation libidinale mais s'inscrit directement dans le registre de la maternité:

" pour moi, ça n'a jamais été un avantage pour plaire ... elle m'a toujours gênée ...j'avais l'impression qu'on ne voyait que ça, je la cachais toujours avec des gilets ... alors ... avec la grossesse, j'avais l'impression qu'elle pesait des tonnes ... enfin ... du moins plusieurs kilos .. et dire que je n'ai même pas pu allaiter ... maintenant, j'ai plus rien ...".

A aucun moment, Elisa n'envisagera la possibilité d'un dysfonctionnement somatique associé à une dimension psychique. Pourtant, la réponse somatique est immédiate: Elisa ne retrouve pas son poids d'avant grossesse, perdant quelques kilos supplémentaires.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

La période adolescente introduite pas à pas se révèle un troisième événement traumatique mettant encore une fois l'accent sur une réalité somatique. Déterminé en troisième position dans son évocation, il se révèle pourtant bien premier dans son retentissement psychique, et les autres expériences somatiques ne feront en fait que le réactiver et l'intensifier:

" j'ai été formée à onze-douze ans ... mon corps a alors beaucoup changé ... j'avais une grosse poitrine j'étais pas bien ... ça m'a pas fait plaisir du tout ... elle était vraiment trop grosse pour moi ... on aurait dit une vache à lait qui aurait pu nourrir plein de monde ... c'est depuis là que j'ai voulu maigrir, je crois ... je surveillais mon poids et je faisais les régimes trouvés dans les magazines ...".

Les ruminations d'Elisa nomment ainsi une partie corporelle précise - la poitrine - qui, encore une fois, renferme une forte connotation orale.

L'identification d'Elisa adolescente à une image maternelle véhicule une fantasmatique dévoilant une figure de mère archaïque, mère nourricière quasi universelle et mythique, à l'image de GAIA (en référence à la mythologie grecque).

Egalement, cette même image peut laisser entrevoir dans un mouvement projectif l'avidité orale habitant le sujet, et contre laquelle Elisa inconsciemment se défend.

Les séances suivantes, Elisa revient sur ce contenu **et associe**: " j'ai été réglée très tôt ... **peut-être les règles signifiaient grandir** dans la tête d'une petite fille ... peut-être avoir moins besoin de ses parents ... devenir une femme, avoir plus de liberté, être indépendante ...".

Remarquons que la première évocation d'Elisa sur cette période porte sur l'objectivation réelle des modifications corporelles consécutives à l'état pubertaire suscitant l'expression d'affects de déplaisir lesquels sont associés dans un registre imaginaire à une dimension maternelle - et non féminine -.

Et, c'est en fait secondairement qu'une dimension symbolique tend à s'exprimer. En effet, son accessibilité est entravée par des mécanismes massifs de restriction et d'inhibition (l'extrait ci-dessus étant recueilli sur deux entretiens). Soulignons également que dans ces derniers propos, Elisa fait appel à la généralisation et n'est pas le sujet d'annonce. La puberté est alors ressentie comme un état transitoire menant l'enfant à devenir une adulte, statut qu'Elisa évalue d'emblée en terme d'autonomie face au milieu familial, nous référant implicitement au deuxième processus de séparation/individuation de l'adolescent, pour seulement ensuite évoquer une notion d'identité sexuelle.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Ainsi pour nous, **les processus de symbolisation de cette période de changement ont été entravés par une confusion entre grandir et grossir; confusion perpétuée et accentuée lors des " réveils ou rappels somatiques " ultérieurs (grossesses, problème thyroïdien).**

De plus, il est apparu que **cette confusion présente des liens inconscients avec un processus d'identification à une image maternelle, libérant toute une fantasmagorie mortifère.**

C'est dire que si nous avons fait remarquer la massivité des mécanismes de restriction et d'inhibition apparaissant à l'évocation de cette période, il est également très intéressant de relever la teneur du contenu apparaissant immédiatement dans la continuité du discours d'Elisa.

Ainsi, nous voyons réaborder le thème parental:

" ce qui m'angoissait le plus durant cette période ... ce n'est pas les règles ... je ne les ai pas mal vécues ... ma mère m'avait expliqué ... mais ce qui m'angoissait le plus, c'est

quand j'étais avec mes parents ... j'avais peur d'eux encore maintenant ... **même de ma mère** ... elle était dure ...";

et notamment le sentiment de peur, pour lequel nous avons précédemment tenté de démontrer qu'il renfermait inconsciemment une connotation mortifère associée à l'imaginaire maternelle pré-génitale.

Ainsi, ce sentiment de peur aurait pu émerger à la conscience durant la période adolescente et être en lien avec le phénomène pubertaire réactivant une confrontation à l'imaginaire maternelle contenue dans le " même de ma mère "; confrontation jamais dépassée: " encore maintenant ", Elisa éprouve des sentiments identiques.

* * * * *

A la séance suivante, le recours à la banalisation et au factuel, décrivant le quotidien d'Elisa, prédomine.

Toutefois, d'une manière anodine, Elisa nous rapporte une consultation médicale durant laquelle elle aurait émis la demande d'une cure en maison de repos. L'interpellant sur les motivations y présidant, sa réponse est très brève: " c'est pour les nerfs et pour l'entretien du corps ", mais pour autant ne perpétue pas la déliaison somapsyché par un déni corporel.

A la fin de cette rencontre, nous aurons beaucoup de difficultés à fixer un autre rendez-vous, qu'elle reportera en fait. Un intervalle d'un mois s'est ainsi écoulé.

L'origine des résistances inconscientes d'Elisa se dévoile alors que, faisant référence à notre dernière entrevue, elle nous apprend " la dernière fois que je suis venue ... j'avais pris un kilo ... (?) je l'ai reperdu ...".

Ce kilogramme ou expression somatique nous semble en lien avec le thème de l'adolescence précédemment abordé, et ayant peut-être favorisé un assouplissement transitoire des défenses en rapport avec les sentiments de maîtrise et de contrôle tout comme les résistances avaient été réactivées par l'objectivation d'une réalité corporelle intolérable.

Cependant, la cure est confirmée et la date fixée. Puis un laps de temps d'un mois s'écoule encore entre deux séances. La même démarche se reproduit: le rendez-vous est reporté mais cette fois le motif est précisé. Elisa serait tombée dans les escaliers et la consultation médicale aurait diagnostiqué deux côtes fracturées, nécessitant un arrêt maladie de quelques jours.

Durant notre conversation téléphonique, la thymie d'Elisa semble dominée par un versant dépressif, à tel point d'ailleurs qu'un traitement antidépresseur lui a été proposé par son médecin généraliste; traitement qu'elle refuse minorant les affects dépressifs et les attribuant à sa cessation d'activité professionnelle temporaire. Néanmoins, par la suite, Elisa nous précise " ne pas vouloir être un zombie ... je prends parfois du sirop pour enfants et c'est tout ...".

Le besoin de contrôle s'éprouvant sur le plan somatique s'affirme et découvre en même temps une identification - " quasi corporelle ", serions-nous tentée de dire - à une image enfantine.

Ainsi, la prise en compte d'une réalité corporelle renverrait à un positionnement régressif; et ce d'autant que cette réalité corporelle contient des notions de santé et de maladie: l'acte de " prendre du sirop " réfère implicitement au corps malade de l'enfant et au soin à lui apporter en réponse.

Pour revenir sur la nature de cet accident, il nous paraît difficile à ce temps de la prise en charge de lui inférer un caractère symbolique (qui pourtant se confirmera par la suite). Simplement, remarquons qu'une réalité somatique s'est imposée. Et à sa suite, germe dans l'esprit d'Elisa l'éventualité d'une hospitalisation en milieu spécialisé à son retour de cure, qu'elle nous expose à notre prochaine rencontre: " je suis peut-être pas responsable de tout ... mais je suis responsable de ma santé ... je pense à me faire hospitaliser ...".

Consciemment, Elisa semble décidée à se prendre en charge en tenant compte de sa réalité corporelle. Cependant, d'emblée, des résistances inconscientes émergent: " vous savez ... la proposition que vous m'avez faite ... de m'hospitaliser ...".

Cette interpellation marqua pour nous une étape importante dans l'orientation future de la prise en charge thérapeutique. Nous fûmes alors toute entière mobilisée par l'exigence de recadrer nos paroles tenues en fait lors des premiers entretiens. Effectivement, nous avons envisagé cette modalité de soins au même titre que nous avons présenté une liste exhaustive et générale des diverses modalités auxquelles

n'importe quel quidam pouvait recourir. Nous ne nous étions alors jamais directement et volontairement adressée à Elisa. Pourtant, c'était bien en ce sens qu'Elisa semblait avoir intégré nos propos.

Nous demandait-t-elle ainsi de prendre en charge sa réalité corporelle (en nous appropriant l'initiative d'un tel projet) ?

Cherchait-t-elle un étayage lui permettant de soutenir sa démarche ?

Ou est-ce l'expression de résistances permettant secondairement à Elisa de nous rejeter, dès lors que nous accorderions de l'importance (voire donnerions primauté) à son corps via son comportement alimentaire ? (comme tel était déjà le cas avec ses proches).

Face à ce questionnement, il nous parut judicieux d'encourager Elisa à prendre soin de son corps, tout en lui précisant que c'était à elle de choisir la ou les manières les plus appropriées pour atteindre cet objectif.

Un rendez-vous fut ainsi prévu auprès d'un médecin psychiatre. Le contexte de cette hospitalisation différa de la première et seule autre hospitalisation. Celle-ci fut initiée par le sujet lui-même: Elisa décida de prendre rendez-vous; et l'accent fut porté sur la négociation - et non l'imposition médicale - des modalités de la prise en charge. Dans cette perspective, une autre rencontre eut lieu mais cette fois avec le médecin responsable de l'unité de soins, totalement extérieure à notre propre service.

Toujours durant cette même séance, succédant donc à la chute d'Elisa, son discours libère une dimension métaphorique inattendue car jusqu'alors absente; dimension qui attestait de nouvelles possibilités de symbolisation:

" je ne sais pas pourquoi je fais de l'anorexie ... quelque chose s'est passé, mais quoi , ... je sais que plus jeune, avec l'apparition des seins ..., de la poitrine ... des règles ... je me sentais déjà pas bien ... je suis pas assez sûre de moi ... j'ai jamais eu confiance ... je suis comme un oiseau tombé du nid ... ".

Précision demandée, l'oiseau se révèle être un " oisillon ". Dès lors, cette image nous paraît traduire la dépendance de l'enfant au milieu familial; dépendance qui s'enracine sur des critères physiques: l'oisillon pourra prendre son envol lorsqu'il sera arrivé à maturité physique et donc pourra déployer ses ailes pour prendre son envol et gagner son autonomie motrice et alimentaire.

Transposition faite dans le règne humain, il nous semble possible d'entendre Elisa se référer à l'apparition des attributs pubertaires en tant que derniers critères physiques préparant et/ou introduisant l'accession à l'ultime processus d'autonomisation face au milieu familial.

De plus, Elisa signifie son incapacité à avoir intégré ces nouvelles modifications corporelles, générant en fait une fragilité narcissique, " un manque de confiance " ne lui permettant pas " de quitter le nid volontairement " pour prendre son envol et pas plus d'y trouver réassurance et/ou étayage lui permettant l'accès à un nouveau statut: " l'oiseau (est) tombé du nid ". Implicitement, semble être signifié que l'oiseau a définitivement perdu sa place à l'intérieur du nid mais n'en a acquise aucune autre.

Nous pourrions encore aller plus loin, au risque de nous égarer ... alors nous nous contenterons d'interpeller le lecteur sur le devenir d' " un oiseau tombé du nid " ...

* * * * *
* * * * *
* * * * *

Au terme de cette dernière entrevue, Elisa s'absente pour trois semaines de cure. A son retour, elle dispose d'une semaine avant son hospitalisation, pendant laquelle nous la recevons suite à un appel de sa part.

Elle semble assez sereine malgré de nouvelles difficultés physiques, que d'emblée elle nous relate en exposant la " maladresse " lui occasionnant **une déchirure musculaire**.

Une fois encore nous nous interrogeons_ sur la dimension symbolique de cette autre réalité somatique ? Sur un lien éventuel avec sa thymie ?

... Et nous nous remémorons les premières rencontres avec Elisa tandis qu'elle affirmait " ne jamais être malade " (sous-entendu physiquement malade).

Que pouvons-nous objectiver de cette séance ?

D'une part, sa durée se prolonge ... a même tendance à perdurer ... à tel point que nous rencontrons des difficultés à la clore. Au travers du cadre proposé, que toujours Elisa a tendance à transgresser, un nouvel investissement du contenant apparaît. Outre qu'Elisa fasse perdurer la relation, une angoisse de séparation pourrait bien émerger, et ce sous la forme d'un surinvestissement de la relation.

Il est vrai que cette séance à la fois succède à et précède deux ruptures de plusieurs semaines dans le suivi psychothérapique. Cependant son contenu nous paraît signifiant et en lien avec une dimension somatique, - par cette réalité corporelle qu'elle introduit comme élément de mise en relation - , et sur laquelle s'étaient des manifestations transférentielles.

Si jusqu'alors Elisa éprouve toute les peines à discourir sur sa conduite alimentaire, spontanément elle l'aborde sans restriction:

" à la noce, j'ai mangé un peu plus ... j'étais nauséuse le lendemain ... mon estomac quand je le surcharge ... je le malmène ... et il me le fait comprendre ... mon estomac ne me dit pas qu'il a faim ... d'ailleurs, j'ai jamais faim ... mais à la noce, il fallait bien que je mange un peu ... tout ce temps à table ... et puis quand on me demande si j'ai grossi ... qu'il faut que je mange ... ça me fait bouillir ... avec ma mère ... je pourrais sortir de mes gonds ... mais je le fais pas .. avec vous ... d'en parler ... ça passe ... c'est peut-être car vous êtes moins proche de moi ... avec des gens comme vous ... ça les touche moins car ils sont pas de ma famille ... (les proches ?) ... je suis de leur famille ... de leur sang, ils s'inquiètent pour moi ...".

Le contenu alimentaire favorise en fait l'expression émotionnelle en lien avec l'imgo maternelle. Toutefois, si la relation agressive à l'objet oral est évoquée, la confrontation ne peut s'accomplir, tout élan pulsionnel étant réprimé. Un déplacement s'opère ensuite, soutenu par un processus de différenciation identifiant une relation de proximité.

La comparaison entre son attitude vis à vis de sa mère et envers nous-mêmes permet d'explorer des sentiments de différente nature, marquant l'enchevêtrement de l'agressivité et de la culpabilité comme si l'expression d'une rage orale (étant entendu que c'est l'abord de la dimension orale qui réactive les motions pulsionnelles) suscitait en retour des craintes pour le même objet à préserver du mal et de la destruction.

Ainsi, si Elisa s'autorise, en notre présence et en nous interpellant directement, à faire référence à quelque contenu alimentaire, c'est au prix d'une mise à distance

relationnelle et affective, qui comme procédé défensif et sur un plan économique permet probablement de lutter contre l'émergence fantasmatique mortifère associée au processus anorexique.

Autrement dit, tout en minimisant notre propre implication personnelle à son égard, Elisa peut nous attribuer des sentiments de peur - eux-mêmes minorés - déliés de leur composante fantasmatique, et laquelle fait donc retour dans le système conscient sous la forme d'un danger à graves conséquences somatiques.

En réalité, Elisa nous semble scinder deux mondes:

- . l'un **familial** avec lequel elle entretient une relation de grande proximité (mobilisant ses pulsions agressives et générant le fantasme matricide);
- . l'autre **extérieur au milieu familial** et consécutif d'une relative froideur affective projetée sur l'objet; étant entendu que cette indifférence émotionnelle serait la garantie du maintien même de la relation à l'objet ainsi préservé des motions pulsionnelles du sujet.

A cet endroit, il est d'ailleurs intéressant de s'attarder sur les sujets de l'énoncé. Dans un premier temps, si l'image maternelle et nous-mêmes sommes clairement identifiées, dans un second temps et défensivement, ces deux identifications deviennent imprécises, voire anonymes car elles sont masquées par un recours à la généralisation, et ce respectivement par les références à la famille et aux gens, soit aux " autres " gens, ceux auxquels elle " n'appartient pas ", ceux " extérieurs au clan familial et à son sang ". Et c'est bien celui-là même qu'imaginativement il ne faut pas à nouveau " inquiéter " au risque de les mettre en péril et de laisser (ré)apparaître la figure de la mort

Cette distinction ainsi faite entre le milieu familial et le milieu extérieur nous autoriserait-elle dans un mouvement transférentiel à éprouver sans danger quelques inquiétudes, et ainsi favoriser l'introduction d'une dimension réelle et plus seulement imaginaire ?

Et l'effet que pourrait produire en nous l'émergence d'un sentiment de peur à son égard permettrait-il une confrontation avec la réalité et ainsi s'assurer de la permanence de l'objet, non détruit par les motions pulsionnelles du sujet ?

Les propos successifs d'Elisa nous semblent étayer ces hypothèses:

" j'ai réfléchi à ma situation ... il y avait des choses enfouies ... j'acceptais pas le manque d'affection de la part de mes parents ... je voulais pas les voir ... aujourd'hui je vois qu'ils sont inquiets pour moi car ils me sentent fragile ".

Elisa semble ici en mesure d'accepter et de relier les émotions parentales à sa propre fragilité, qu'elle ne projette plus mais paraît bien assimiler comme étant sienne.

A cet instant, Elisa perçoit quelque élément de son image corporelle. Elle exprime le mal-être associé à son apparence physique:

" le jour du mariage, on m'a dit que j'étais belle ..., en fait, j'avais caché mes jambes dans un pantalon fluide ... avec le printemps, il faut montrer ses jambes ... c'est vraiment pas beau ... quand je suis dans la rue, **j'ai honte de ma maigreur ... être bien dans ma tête pourrait peut-être m'aider à me renflouer ...**"

Des sentiments de culpabilité en lien avec l'objectivation d'une dimension corporelle paraissent émerger. Le clivage corps/psyché serait-il en passe de céder ?

Une liaison entre les dimensions somatique et psychique est effectivement envisagée.

Elisa poursuit: " quand je vais dans les magasins, j'y vais à midi ... il n'y a plus personne ... comme ça, je croise personne ... j'ai peur du regard de l'autre ... qu'on me dévisage ... comme si j'étais un cas, un monstre, E.T ... surtout le regard des enfants ... ça fait mal ... ils doivent se demander: " qu'est ce que c'est que ça ? pourquoi est-elle comme ça ? pourquoi elle est si maigre ? ... j'ai une nièce, à chaque fois qu'elle vient ... elle m'amène du chocolat comme si elle voulait me remplir (sourit) ... si elle me demandait pourquoi je mange pas ... je crois que j'éclaterais en sanglots ... je pourrais pas lui dire ... je ne le sais même pas moi-même ... je crois que je lui dirais que je suis malade physiquement ...".

C'est sur ces derniers propos que nous nous quittâmes. Ceux-ci générèrent des émotions de part et d'autre. C'était la première fois qu'Elisa nous signifiait la représentation qu'elle avait d'elle-même; représentation de soi émergeant de la rencontre avec autrui et dévoilant aussi, explicitement, une grande fragilité narcissique.

Le regard d'autrui semble tenir lieu de miroir; ou Elisa est-elle désormais en mesure de tolérer l'interpellation de l'enfant sur des critères physiques ...

En effet, cette tolérance voire cet attendrissement avec lequel Elisa accueille " l'offrande " nourricière de sa nièce (en réponse à la détresse physique qu'elle perçoit probablement chez sa tante) nous semble s'inscrire dans un registre symbolique. Elisa semble bien consciente que ce geste représente un témoignage d'affection, lequel réactiverait chez Elisa des affects dépressifs - " elle éclaterait en sanglots " dès lors qu'elle autoriserait l'enfant à la questionner sur sa réalité corporelle et ainsi à la placer en position d'impuissance: elle ne pourrait donner réponse.

Cette évocation nous semble étayée par un processus de différenciation, permettant de distinguer les positions de l'enfant et de l'adulte et ainsi d'expérimenter pour Elisa de nouvelles émotions.

En effet, ce n'est ni la révolte, ni l'agressivité qui sont réactionnellement ravivées tandis que l'enfant interpelle Elisa sur une donnée corporelle et y apporte une réponse alimentaire.

Bien au contraire, cette expression affective semble ouvrir sur une démarche introspective interrogeant l'origine d'un conflit qui, intériorisé, tend pourtant à l'extériorité sur un plan somatique.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Nous reverrons Elisa deux mois plus tard, suite à son hospitalisation.

Durant plusieurs séances, le contenu porte sur sa relation aux imagos parentales et laisse émerger les motions pulsionnelles.

En effet, de séance en séance, un glissement dans la teneur du contenu s'opère. Si Elisa dans un premier temps objective plaintivement l'absence de témoignages affectifs de leur part, dans un second temps, cette prise de conscience réactive de vives motions agressives **libérant la crainte d'un passage à l'acte fantasmé** associé donc à une perte de contrôle (et non pas un recours à l'agir par défaut de mentalisation).

Puis dans un troisième temps, abordant l'éventualité d'une séparation du couple, elle déroule un scénario imaginaire dans lequel suite à l'annonce faite à ses parents de sa séparation, elle peut formuler à nouveau de nombreuses craintes: " j'ai peur qu'ils le prennent mal ... très mal ... ils sont âgés ... ils ont déjà assez de soucis comme ça ... je ne voudrais pas qu'ils aient des ennuis de santé ...".

Ce thème de la séparation, introduit avec la figure du couple, paraît ainsi davantage s'adresser au couple parental et libère les craintes associées au devenir somatique parental, puis à sa suite l'évocation d'une relation de dépendance: " j'ai pas grandi vis à vis de mes parents ... ça me fait mal de réagir comme une petite fille, d'avoir encore peur d'eux ".

Si nous reprenons ici succinctement ce qui en fait a été développé dans un chapitre antérieur (cf chap 3.2), c'est afin d'introduire le contexte dans lequel émerge cette thématique de la séparation. En effet, nous pouvons remarquer que cette dernière succède à l'hospitalisation d'Elisa, laquelle préconisait l'isolement familial (maintenu jusqu'au terme de son hospitalisation en raison d'une prise de poids minimale - trois kilos - mais continuant à augmenter dans les semaines suivantes - quatre kilos) -.

Il nous paraît ici difficile d'évaluer quelle part incombée à la séparation effective, réelle du milieu familial et/ou à la reprise pondérale comme éléments précurseurs d'une dimension symbolique (nous démontrerons plus loin comment cette thématique de la séparation s'inscrit dans un tel registre).

Tout au plus remarquerons-nous que c'est durant cette même période qu'Elisa semble intégrer quelques informations perceptives de son enveloppe corporelle, favorisant l'émergence d'angoisses mortifères, mais cette fois-ci dissociées de tout mouvement projectif et bien ancrées dans une réalité somatique:

" je m'aperçois que j'étais pas loin de la mort ... j'ai peur de mourir ... "

Il s'agit bien là de l'évocation de sa propre f(a)in et des craintes réelles s'y rattachant. Ces dernières seraient-elles en lien avec la reprise pondérale, réactivant une angoisse de destruction en même temps que le fantasme matricide sous-jacent ?

C'est également la première fois qu'Elisa, en notre présence se définit comme une anorexique et se laisse reconnaître comme telle par autrui:

" j'ai l'impression que depuis que je suis née, j'ai vécu comme une recluse, enfermée chez moi ... j'étais pas bien ... mais on ne peut pas passer inaperçue ... les gens se retournent sur moi ... c'est le contraire qui se passe ..., en fait, ... j'avais tout faux ... mais **c'était une manière de m'effacer ...**".

Ainsi, dans le même temps où Elisa assimile sa réalité corporelle, elle tolère le regard de l'autre et perçoit l'impact que son apparence corporelle induit chez autrui.

Son sentiment d'enfermement semble s'inscrire au coeur du fonctionnement familial, face auquel elle semble avoir opéré un repli sur soi au point d'avoir tenté de " s'effacer "; tentative qu'elle-même estime avoir échouée: " j'avais tout faux ".

A notre relance portant sur le ou les motifs à l'origine des efforts d'Elisa pour " s'effacer " et pour imaginer, dans un déni de la réalité, " passer inaperçue ", nous n'obtiendrons jamais de réponse directe.

Par contre, l'association d'Elisa nous laisse croire à un effet possible produit par notre intervention. En effet, les ruminations sur le contenu ci-dessus amènent la remémoration du temps adolescent: "**Mon corps a été comme oublié ... effacé ...** ne plus être là ... c'était une façon de passer inaperçue ... je me demande encore si mes parents se sont rendus compte ... comme j'étais l'ainée ... c'est moi qui faisait tout ... **j'avais droit de rien ... il fallait toujours en faire plus ... c'était jamais assez bien ... pour acheter un vêtement il fallait que je réclame ...** j'avais jamais d'amis qui venaient à la maison ... ils étaient très stricts ...".

La liaison entre le corps et l'adolescence est évidente; tout comme, implicitement la référence pubertaire semble contenue dans cette tentative " d'oublier, d'effacer " les nouvelles formes acquises et encore non assimilées.

La fragilité narcissique comme la culpabilité surmoïque transparissent ici.

L'image du vêtement semble véhiculer l'insatisfaction narcissique associée à la prise en compte de l'enveloppe corporelle.

La surenchère, " il fallait toujours en faire plus ... ", s'inscrit dans une conflictualité entre idéal et réalité: Elisa " n'avait droit à rien ".

" C'était jamais assez bien " ... " assez bien " pour qui ? Pourquoi fallait-il oublier, effacer ce corps ?

C'est pour nous toute l'incomplétude narcissique - et la souffrance qui lui est inhérente - qui s'exprime là.

Mais dans cette surenchère idéale apportée en réponse au sentiment de culpabilité, Elisa nous paraît en fait s'adresser à autrui. Elle nous semble chercher réparation d'une autre blessure narcissique qu'elle-même aurait induite chez l'objet, et ce en tentant de lui procurer toute satisfaction - " faire toujours plus "- Et cet objet, nous le qualifions, d'objet primaire en égard à ce qui a précédemment été développé.

Mais une telle conduite défensive semble également marquée du sceau de l'incomplétude; " c'est jamais assez bien "; peut-être à jamais insuffisamment bien afin de transcender la blessure de l'objet, dont l'origine ainsi serait en lien avec l'avènement pubertaire.

Il nous semble être ici plongée au coeur du fantasme matricide empruntant alors la voie corporelle pour expression.

Au terme de cet entretien durant lequel Elisa exprime quelques affects dépressifs, deux nouveaux " accidents somatiques ", ou pourquoi pas raptus corporels, se produisent coup sur coup, et provoquent donc une nouvelle rupture dans le suivi.

Le premier occasionne une fracture de la cheville, nécessitant trois semaines de plâtre et réduisant grandement l'autonomie quotidienne, motrice, d'Elisa contrainte de rester à domicile.

Puis quelques jours à peine après avoir été déplâtrée et avoir commencé sa rééducation, une deuxième chute a lieu. Cette fois, le diagnostic médical conclut à une fracture du bassin avec huit jours d'immobilisation et prise en charge hospitalière.

Cette huitaine sera insupportable à Elisa: " **je ne supportais pas d'être à la merci des autres** pour faire n'importe quoi ... déjà la cheville, c'était pas évident ... sur une jambe ... mais là ... **c'était la totale ... j'aurais eu envie d'envoyer valser mon assiette**, mais ils (l'équipe médicale) ont été compréhensifs ... on en a parlé ... ils ont compris que c'était pas évident pour moi ... j'ai réussi à me forcer quand même à manger un peu ... mais j'en avais vraiment pas envie ...".

Ainsi d'une autonomie partiellement réduite, Elisa se retrouve en situation de perte d'autonomie totale. Son immobilisation physique contrainte devient métaphore d'une

situation de dépendance et dévoile la relation d'emprise exercée sur le sujet par son objet: " être à la merci des autres ".

Dés lors, nous percevons tout à fait que l'angoisse associée à ce type de relation réactive d'emblée et défensivement la conduite de restriction alimentaire, et ce dans le besoin excessif de contrôler l'objet et afin de lutter activement contre la relation d'emprise.

Seulement, dans un second temps, une autre dynamique fait jour et permet de minimiser le processus anorexique. En effet, la prise de conscience par Elisa de la non-toxicité de l'équipe médicale - (Remarquons que le choix des termes retenus afin de décrire la position médicale s'est beaucoup modéré et n'est plus extrême comme l'était par exemple l'image du " gavage "- employé lors de nos premières rencontres) étaye la lutte de nouvelles forces psychiques suffisantes à permettre un dégagement partiel face au rejet oral premier: " j'ai réussi à me forcer à manger un peu ...".

Ainsi, si notre analyse s'inscrit dans le registre symbolique, nous dirons qu'Elisa a peut-être inconsciemment recherché, dans un mouvement régressif et en empruntant la voie somatique, à se placer en situation de dépendance totale, à l'image du nourrisson présentant un développement psychomoteur insuffisant pour lui permettre une prise d'autonomie face à l'imago maternelle.

Et c'est dans cette position archaïque qu'Elisa peut différencier l'intentionnalité d'autrui et expérimenter une relation affective désenclavée de tout sentiment d'emprise; " ils ont été compréhensifs ".

En fait, c'est cette victoire sur elle-même qu'Elisa vient nous présenter ce jour là:

" avec cet accident, j'ai l'impression d'être plus blindée ... d'avoir été cassée comme ça d'un coup ... c'est curieux mais ça m'a rendu forte ... avec toutes ces chutes ces derniers mois ... j'ai été plâtrée de partout ... dépendante de tout le monde ... j'étais mal ... à l'hôpital, j'ai bien cru que j'allais replonger ... mais je me suis battue ... à la sortie j'avais perdu deux kilos ... mais depuis, je les ai repris ... maintenant, ça va mieux ... je suis réparée (rit) "

Cette production ne fait pour nous que confirmer les pressentiments antérieurs. Il devient explicite que ces " ruptures somatiques " renferment une dimension symbolique. Ces expériences corporelles " limites " - si nous percevons la violence

pulsionnelle associée aux " incidents " - semblent avoir introduit Elisa à sa réalité corporelle et ont ainsi favorisé et étayé les processus de symbolisation.

Elisa semble " grandie " par cette dernière expérience surmontée, l'ayant placée en situation de dépendance primaire, et qui a permis une prise de conscience du lien unissant la conduite symptomatique et l'angoisse associée à la reviviscence d'une relation d'emprise traumatique.

Désormais, Elisa paraît avoir expérimenté une autre modalité relationnelle en réponse à l'angoisse de destruction. Ainsi la conduite symptomatique perd-t-elle de sa force, au bénéfice d'un sentiment de réalité corporelle suffisant à protéger Elisa dans son rapport à l'autre: " ça m'a rendu plus forte ... je suis réparée ".

La symbolique associée à la voie somatique est désormais devenue incontournable. Comme quasi-corporellement " réparée ", Elisa semble maintenant prête à aborder la séparation aux fondements de sa problématique: " mon but, c'est d'être mieux ... et ça ne dépend pas de ma famille ... j'ai fait une remise en question de ma vie personnelle ... ma vie de famille, ma vie de couple viennent après ... pour le moment, c'est moi ... je suis plus remplie ...".

Nous reverrons deux fois encore Elisa avant qu'elle débute une préparation de plusieurs mois à un concours d'entrée pour une formation de plus d'un an, l'amenant à quitter la région et sa famille toute la semaine. Au regard de la sérénité avec laquelle Elisa nous fait part de son projet, de la manière dont elle est si tranquillement installée sur son siège, de la qualité même de notre relation, excluant toute notion d'agressivité et de défiance, il nous semble que cet éloignement du milieu familial ne s'inscrit plus comme une conduite d'évitement face à l'autre, mais correspond à la poursuite de l'élaboration d'un processus de séparation/individuation engagé.

Aussi, pendant ces deux dernières séances, nous avons, ensemble, discuté des éléments signifiants pour elle; et avons tenté d'élaborer les objectifs d'une prise en charge se poursuivant sur son lieu de formation; et surtout, nous nous sommes dit " Au revoir ".

* * * * *

* * * * *

* * * * *

IV) CONCLUSION

Dans un esprit de synthèse des facteurs étayant notre hypothèse d'un fantasme matricide, rappelons avoir pu démontrer l'existence d'une problématique de dépendance dévoilant un conflit prégénital avec recours à l'agir corporel.

En effet, les situations de dépendance - ou situations vécues comme telles par l'intéressée - déclenchent une réponse à un niveau somatique par retournement de l'agressivité contre soi-même, retournement objectivé par une forte restriction alimentaire; tandis que sur le registre de l'imaginaire prédominant des sentiments massifs de peur quant au devenir maternel comme intrinsèquement relié au devenir personnel d'Elisa.

De plus, ces craintes imaginaires se sont révélées en lien avec le temps adolescent accusant un caractère somatique et traumatique ultérieurement ravivé par d'autres événements corporels.

Notre analyse a ainsi cherché à démontrer les liens existant entre la problématique psychique d'Elisa et son expression symptomatique empruntant la voie somatique.

Effectivement, nous avons pu remarquer comment les divers événements corporels avaient eu un retentissement psychique qui, sur le plan manifeste, s'était traduit par une restriction alimentaire évolutive.

Il est également apparu que l'origine du conflit avait émergé à l'adolescence et que, depuis cette période, d'autres souvenirs-écrans avaient encore davantage favorisé l'installation insidieuse du processus anorexique. Pour ce qui les concerne, il est à souligner que tous les événements traumatiques - les grossesses et l'intervention chirurgicale - présentent une caractéristique commune dans le sens où ils se réfèrent tous directement au soma et ont tous entraîné des modifications corporelles (la prise de poids durant les grossesses), ou des craintes d'un même ordre (la peur de grossir en raison du traitement thyroïdien); et à leur suite nous avons pu en mesurer l'incidence par un critère objectif, soit par le comportement alimentaire d'Elisa et la chute pondérale.

Ainsi, il nous semble que progressivement le conflit psychique, consécutif aux modifications pubertaires, a laissé émerger le tableau symptomatique, menant Elisa aux portes du déni de sa réalité corporelle.

Parallèlement, nous avons pu effleurer sa relation à l'imaginaire maternelle, laquelle de manière très inconsciente et défensive est restée masquée par l'évocation indifférenciée du couple parental.

Toutefois, grâce à l'étude détaillée des représentations de relation au conjoint, puis au couple parental, en tant qu'objets de substitution, nous avons pu appréhender les fortes pulsions agressives qui, réprimées envers l'objet primaire et faisant retour sous forme de tendances réparatrices, se sont déplacées sur la figure du conjoint tandis que la dimension fantasmatique se libérait à l'adresse du couple parental. En effet, au travers de ruminations témoignant d'un sentiment de peur associé à l'évocation de l'état de santé de ses parents, c'est toute la culpabilité surmoïque d'Elisa en lien avec une fantasmatique mortifère qui a pu être exprimée.

Ainsi, la reconnaissance progressive de son positionnement infantile face au couple parental a permis l'expression d'une problématique de séparation, puis a contribué à étayer la lutte psychique d'Elisa contre la recrudescence de la restriction alimentaire, réactivée dans les situations ressenties - et authentifiées secondairement comme telles par Elisa - comme situations de dépendance.

Egalement, l'étude des représentations de relation nous a permis de repérer l'émergence à une confusion des temps de conjugaison, mêlant passé et présent (p 244-245), confusion à notre sens en lien avec la thématique elle-même et renfermant une dimension interprétative certaine.

A ce propos, J. GILLIBERT (1997) a tout dernièrement exposé quelques réflexions sémantiques concernant une patiente anorexique suivie par lui-même en psychothérapie, réflexions qui illustrent justement la question de l'intemporalité ou de l'incapacité de l'adolescente anorexique à " choisir le temps: le temps de la rétrospection ou le temps de la projection ... " (1997, p 37); comme si, précise J. GILLIBERT, le temps ne pouvait pas vieillir, le temps et non elle, ou sa mère, ou son père ou encore son thérapeute.

C'est bien dans cette perspective soit celle d'une dynamique intergénérationnelle figée que nous recevons les paroles d'Elisa, lesquelles traduisent par delà la confusion des temps de conjugaison le gel temporel ou il n'y a ni présent dit actuel, ni passé mais "

une douleur sans nostalgie puisqu'elle [la patiente] n'était pas << âgée >> mais << jeune >> et suspendue en fait à une jeunesse qui n'avait pas d'âge " (1997, p 38).

Pour finir, nous avons postulé que les derniers incidents physiques auraient plus ou moins inconsciemment été recherchés; ou du moins par ce recours à la voie somatique, ces véritables raptus corporels ont introduit Elisa sur la voie de la réalité somatique et ont donc favorisé la reprise d'un travail d'élaboration psychique permettant la poursuite du processus de séparation/individuation, et ce avec la prise de conscience de sa relation de dépendance au milieu familial.

A ce sujet, il nous semble que la dernière entrevue avec Elisa revêt bien une dimension symbolique s'inscrivant au coeur de sa problématique de séparation.

Abordant spontanément le positionnement parental face à son projet professionnel, Elisa nous tient les propos suivants:

" Mes parents ont peur que je m'éloigne ... peur que je n'y arrive pas physiquement ... que je sois trop fatiguée ... ils ont beaucoup de soucis en ce moment avec ma belle-soeur et mon frère ... enfin, moi je suis contente ... je voulais faire face à tout, toute seule ... histoire d'indépendance ... avec cet éloignement, peut-être que je m'apercevrai qu'ils me manquent beaucoup et respectivement ... "

Avec ce projet professionnel, exprimant comme nous l'avons précédemment exposé métaphoriquement l'intégration débutante du processus de séparation, nous pouvons observer les effets conjoints produits sur le plan moiïque. La réalité semble effectivement prendre le pas sur le registre de l'imaginaire. Toute dimension fantasmatique est exclue de son discours, et Elisa semble accepter que ses parents puissent éprouver quelques inquiétudes pour son état de santé en raison de l'objectivation de sa réalité corporelle, et ce, sans pour autant que cette perception réactive ses pulsions agressives et secondairement des sentiments de culpabilité.

Egalement, avec ces quelques derniers mots, Elisa nous introduit sur la question du manque, dont peut-être elle chercherait enfin à faire l'épreuve

* * * * *

* * * * *

* * * * *

ANNE

I) PRESENTATION DU SUJET.

Anne est une femme engagée dans la trentaine lorsque nous la rencontrons.

Petite de par sa taille, mesurant à peine un mètre cinquante - un mètre cinquante cinq, elle le paraît encore davantage tant ses quelques trente kilos disparaissent sous ses vêtements d'hiver, semblant comme " corporellement engloutie " par la matière.

Mariée depuis plus de dix ans, elle exprime des difficultés de couple, motivant en fait la rencontre. C'est dans un état d'agitation qu'Anne nous expose " les faits " à même d'illustrer, selon elle, " ce qu'il lui fait subir et à quel point il est méchant ". Les exemples se multipliant, traduisent en réalité une absence du domicile familial pour des raisons professionnelles ou pour des activités de détente, une relative froideur affective envers l'intéressée associée à un manque d'intérêt et d'attention manifeste.

Envisageant une séparation (dont nous apprendrons par la suite quelle serait initiée par l'époux), l'espace d'un instant, Anne s'effondre en pleurs pour immédiatement se ressaisir et redoubler d'énergie à rechercher les témoignages quotidiens de ses souffrances qui seraient donc consécutives au comportement de son mari à son égard.

II) ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES.

Ce n'est que progressivement, tandis que nous l'invitons depuis un long moment à s'apaiser et à s'exprimer plus calmement, que nous arrivons à situer à quel moment émergèrent les difficultés du couple, ou plutôt depuis quand elles perduraient (cette seconde formulation nous semblant plus proche de la réalité).

C'est avec beaucoup d'inhibition qu'Anne verbalise que " leurs problèmes commencent à cause d'une petite chose qui ne s'arrange pas ". A cet instant, de nombreuses sollicitations sont nécessaires à soutenir son discours, qui à l'instar de la prolixité première, semblait s'être tari. Dans un murmure, elle susurre: " je ne suis pas malade ... mais je ne mange pas beaucoup! ".

Réactualisant l'ancrage temporel, il apparaît que la restriction alimentaire, débute en fait à leur mariage; époque à laquelle elle quitte alors le domicile parental pour vivre avec celui qui est devenu son époux.

L'interpellant au sujet de son comportement alimentaire, son énoncé restera toujours très vague. Tout au plus apprendrons-nous qu'Anne ne prend pas de petit déjeuner, et que " des fois, quand je vais en ville, j'ai envie d'un croissant, mais rien que de le voir, je ne peux plus le manger ... il est trop gros ... un mini suffirait et je n'ai plus faim ... ".

Il semble également que le Coca Cola light soit sa boisson (pour ne pas oser dire son " plat ") préférée.

En bref, il ne fait aucun doute qu'Anne présente une restriction alimentaire importante et ancienne, s'inscrivant au coeur d'un processus anorexique; aménorrhée et préoccupations corporelles complétant le tableau clinique.

Sur l'émergence de la symptomatologie, tandis qu'Anne met en relation son mariage avec les perturbations de la conduite alimentaire, il apparaît en fait, secondairement, que cet événement de vie a en réalité précipité, voire majoré le processus anorexique évoluant insidieusement depuis l'adolescence.

En effet, des extraits du discours objectivent une centration prononcée pour son image corporelle: " en fait, j'ai toujours été préoccupée par mon poids et les régimes ça a commencé à l'adolescence ... je faisais régulièrement des régimes oui, j'étais déjà obnubilée ... je ne supportais pas ... encore moins aujourd'hui l'idée de grossir ... ".

Puis des ruminations sur le thème, progressivement se dévoile une souffrance manifeste en lien avec une zone corporelle précise, la poitrine: " et surtout, j'avais une forte poitrine, ça me rendait malheureuse je rentrais toujours ma tête dans mes épaules ... je mettais des grands pulls pour les cacher ... je courbais toujours le dos ... j'aurais voulu qu'elle disparaisse... ". Et effectivement, quelques années plus tard, elle

a disparu " Regardez aujourd'hui, je suis plate comme une galette on voit plus que mes omoplates ... je n'ai plus rien ...!".

A ces bribes du récit d'Anne, nous attachons beaucoup d'importance, car comme nous le découvrirons ultérieurement avec l'analyse interprétative des productions au test de RORSCHACH, la réponse " omoplates " se révèle qualitativement significative. Tout au plus, relevons dès maintenant le lien réalisé entre la poitrine, image intolérable pour Anne devenue adolescente et les omoplates se dévoilant derrière les seins disparus. Ajoutons que l'évocation de la poitrine ne semble pas du tout s'inscrire dans un registre libidinal, mais bien davantage paraît sous-tendre **une difficulté à intégrer les modifications pubertaires**. Ainsi, aux fondements du mal être d'Anne se situe, pour nous, une question relative à l'image du corps, elle-même centrale dans la constitution de l'identité primaire, comme dans son remaniement à l'instar du processus pubertaire.

Egalement, au vu de notre hypothèse de recherche en lien avec la maternité rendue possible à la puberté, nous interpellons Anne sur le fait que son couple est sans enfant. Anne déclare: " je n'en ai jamais eu le désir ... et c'est très bien comme ça... oh, et puis ... de toute façon je n'ai plus mes règles ... alors ... et on peut très bien vivre comme ça ...".

Anne présente une aménorrhée perdurant effectivement depuis de longues années. Celle-ci se serait progressivement installée, avec dans ses débuts des règles irrégulières succédant rapidement à un arrêt total, peu de mois après son mariage.

Quant à son conjoint, nous apprendrons par ailleurs que s'il avait à un moment émis le désir d'avoir un enfant, les problèmes psychiques de son épouse y auraient mis un terme.

Sur ce thème, comme au sujet de l'absence de règles, Anne exprime un certain soulagement: " il a cessé de m'en parler ... c'est aussi bien ... je n'en voulais pas. ... (et à propos des menstruations) ... c'est aussi bien ... c'est quitte de revenir tous les mois ... c'est toujours embêtant ... ".

Aussi, dans la continuité de son discours, **Anne semble relier, sans toutefois que la liaison associative soit rendue manifeste, désir d'enfant et disparition des cycles menstruels**, de laquelle d'ailleurs Anne semble retirer certains bénéfices secondaires comme le laisse pressentir le large sourire accompagnant sa verbalisation.

Somme toute, cette absence de liaison ne nous surprend guère, en raison de la chronicisation de l'affection, évoluant manifestement depuis une dizaine d'années mais semblant également s'être exprimée de façon plus larvée cinq ans avant son objectivation.

D'une manière générale, le discours d'Anne est extrêmement restrictif et traduit une pauvreté fantasmatique et associative. Aussi, de nombreuses sollicitations s'imposent afin d'une part de soutenir son élocution et d'autre part de tenter une décentration du discours exclusivement porté sur l'attitude négative de son époux, lui attribuant alors la responsabilité de son état (à entendre non pas comme " état physique " mais bien " mental ", en termes donc de souffrance et détresse.).

Maintenant, la pauvreté de la production d'Anne est-elle suffisante à inférer une faillite de la mentalisation ou l'absence de tout contenu significatif ?

Pourrait-il subsister (ou pourrions-nous déceler) une résonance fantasmatique en dépit de la chronicisation de l'affection ?

Nous le croyons et tenterons de le démontrer à la lecture des tests projectifs, car bien que les productions d'Anne soient minimales, elles nous semblent pourtant témoigner d'une certaine sensibilité au contenu latent des planches et ainsi traduire les résistances inconscientes face à l'investigation psychologique.

III) ANALYSES DES TESTS PROJECTIFS.

3.1) Au test de RORSCHACH.

Dans une lecture d'ensemble, nous ne pouvons que remarquer la présence de nombreux déterminants kinesthésiques (essentiellement mineurs), et sensoriels purs (cinq déterminants kinesthésiques, deux kinesthésies mineures à l'enquête, cinq réponses couleurs ... pour quatorze réponses au total) attestant de la massivité de l'impact projectif comme d'une défaillance majeure des procédés de mentalisation.

Dans la dynamique inter-planches, la sensibilisation et l'utilisation exacerbées des déterminants couleurs réactivent des affects contrastés avec forte oscillation des sentiments positifs et négatifs, imprimant une sorte de représentation manichéenne des émotions, basculant de la tristesse, la peur, la mort vers la gaieté, le renouveau, la renaissance.

Ainsi, le clivage semble tout au long du protocole dominer dans une oscillation entre une sorte de rumination dépressive par projection massive d'affects de ce registre (planche IV, V) rendant compte d'une représentation de soi très dépréciée (Planche V: quelque chose de moche), et un déni hypomaniaque de par la tonalité euphorique contenue dans la thématique du renouveau et de la renaissance (planches VII, IX, X), soit d'une lutte opposant pulsions de mort et pulsions de vie.

La projection est également présente au travers des réponses anatomiques.

D'emblée (planche I : un squelette) se dévoile une atteinte franche de la représentation de soi, atteinte qui sera réactivée à la présentation des planches VI, VII, IX. Toutefois, à la lecture successive de ces planches, le contenu anatomique semble, par déplacements contigus, cibler (du squelette, au torse, aux omoplates) une région corporelle particulière, soit les omoplates, que nous avons précisément déjà mis en relation avec la poitrine (chp II).

Au regard de notre hypothèse de recherche, ce contenu se révèle pour nous signifiant, en ce sens que la poitrine (et son envers ici, les omoplates s'y étant substituées comme conséquence de l'amaigrissement) renvoie à une dimension orale pré-génitale et non oedipienne; et peut tout à fait symboliser l'inaccessibilité à toute dimension maternelle potentiellement rendue avec la puberté en raison de l'impact fantasmatique matricide supposé comme sous-jacent.

D'ailleurs, l'analyse de la planche VI nous semble aller dans ce sens en renfermant une forte connotation mortifère (réponses 1 et 2: flèche et torse montent vers le haut), confirmée par le travail des associations où le thème de la mort redouble manifestation. " Torse qui monte vers le ciel " et vers " la mort ", ou déjà métaphore d'une poitrine qui naissant se dresse " vers le ciel " en même temps qu'elle est déjà marquée du sceau de la pulsion de mort ...

Dès cet instant, la perte de distance face à la consigne est importante, et le poids de la projection si lourd que le sujet ne pourra plus s'en dégager, ni tempérer par accrochage au déterminant formel l'impact projectif.

La surcharge fantasmatique et émotionnelle apparaît à la mesure de l'effet de clivage; et l'émergence en processus primaires ne pourra être réfrénée, signant ainsi l'échec des possibilités de contrôle face aux représentations inconscientes.

En effet, la vive réactivité du sujet aux planches suivantes (VII, VIII, IX, X) ne permettra aucun rétablissement du compromis défensif.

De là, une lecture inter-planches semble s'imposer et colorer la fin de ce protocole du fantasme matricide habitant Anne.

La planche VII réaffirme et précise donc le contenu anatomique en liaison avec la représentation inconsciente: le torse, à l'enquête devient oesophage et omoplates, qui, associé à une expression gestuelle, dénomme en fait la partie haute du torse.

- (Cette même partie déjà si clairement pointée par Anne lors de l'entretien clinique) -.

Durant la passation, cette réponse corporelle (le torse) est marquée d'une scission à laquelle s'adjoint une référence personnelle, c'est bien de son corps dont Anne nous parle tandis que le contenu latent de la planche réactive une représentation de l'imgo maternelle à symbolique régressive. C'est même plus précisément d'une partie de son corps dont il est question, partie qui ne semble pas toute entière lui appartenir. Il est là tout à fait intéressant de remarquer, à l'instar de nos hypothèses théoriques, que le premier instant de la réponse d'Anne expose à notre regard " le corps qui se divise en deux ", mais que dans un second temps la centration sur l'entité corporelle globale semble chercher à dissoudre la matrice à l'origine de la scission, soit les omoplates, ou dans leurs ombres, la poitrine.

Et c'est cette " même partie " (planche VII) qui en réalité s'était déjà imposée à la planche VI et à laquelle était associée la projection de la pulsion de mort d'une intensité incommensurable (redoublement dans le contenu au travers d'une réponse symbolique " la flèche qui monte vers le ciel " et aux associations qui par deux fois dévoilent la figure de la " mort ").

Aussi, toute référence symbolique au positionnement sexuel nous semble désormais exclue; bien davantage, à la planche VI est-il déjà question de la représentation de relation à l'objet archaïque.

Maintenant, pour revenir sur cette scission, " division " ou encore appelée clivage, son ampleur semble encore redoubler à l'enquête, par la précision verbale et gestuelle l'accompagnant. La " division " devient " cassure ", comme si quelque chose à jamais avait été brisé et aurait dans le même temps, fantasmatiquement, déchaîné les ténèbres archaïques (cf. planche VIII).

L'interprétation de cette " cassure " par Anne apparaît au travers d'une représentation clivée opposant Bon et Mauvais, en même temps que renfermant Guérison ou Non-Guérison.

Mais " de quoi " Anne cherche-t-elle à guérir au point que la guérison deviendrait " Renaissance " (planches VIII, IX) et " renouveau " (planche X) ?

A la planche VIII, découvrant précisément la nature de la relation d'objet, le sujet par recours à l'abstraction - et pourquoi pas dans une dimension symbolique - semble lutter contre le mouvement régressif, dévoilant à l'enquête la massivité de **l'angoisse de dévoration**, et qui une fois encore amène une perte de distance face à la consigne par adjonction d'une référence personnelle aux associations.

Cette même angoisse de dévoration apparaissait déjà - nous semble-t-il - à l'enquête menée à la planche IV, qui loin de réactiver une représentation de la puissance phallique, renvoyait également à une dimension prégénitale.

Quant à cette réponse abstraite contenue à la planche VIII, elle nous semble, dès lors que nous la relierons à la planche IX, s'inscrire dans une dimension symbolique.

En effet, à la planche IX, reprenant le thème de la " renaissance " y est associé : " mes omoplates qui regrossissent " qui, pour nous, résonnent avec poitrine.

" Renaissance ", " Renouveau ", que faut-il y entendre - outre la tonalité euphorique, précédemment analysée, que cette thématique renferme - ?

. Si cette renaissance, nous venons de l'inférer, est associée à un contenu corporel spécifique, les omoplates, envers morbide de la poitrine chaleureuse mais aussi intolérable d'Anne adolescente,

. Si c'est cette même poitrine qu'Anne s'enorgueillit d'avoir fait disparaître au profit de découvrir ses omoplates,

. Si c'est également cette même poitrine qui est réintroduite sur le thème de l'enfant non désiré, et impossible à advenir dans la réalité du fait de l'aménorrhée persistante,

. S'il nous reste encore à signifier que cet ancrage, repère corporel, exclut toute connotation libidinale oedipienne mais est sous-tendu par une problématique plus

archaïque de l'ordre de la dépendance anaclitique, véhiculant une forte angoisse de dévoration associée à tout mouvement régressif,

Alors que pourrions-nous conclure ? ...

. Si maintenant, nous ajoutons qu'une connotation mortifère culmine dans un rapport étroit avec toute représentation de l'imaginaire maternelle prégénitale, et semble avoir trouvé droit de cité à l'intérieur du corps d'Anne au point de " ressentir être encore bouffée à l'intérieur ", par " quelque chose ou quelqu'un " (planche VIII, travail des associations).

Alors, notre hypothèse de recherche sur l'existence d'un fantasme matricide tend à se confirmer

L'intérieur corporel semble ainsi être le dépositaire des motions pulsionnelles archaïques. La non-élaboration des pulsions agressives s'exprime dès la planche II. Le choc à la couleur rouge est immédiat et découvre la réponse crue " sang ", qui aux associations véhicule une ébauche de représentation de la conflictualité: " frapper, comme si on était battu ... ". Transparaît ici une prise de position passive, voire masochiste dans une maltraitance infligée au corps.

En fait, ce corps est toujours mis en avant. Anne le dit elle-même: " j'en reviens toujours à mon corps mais c'est ça que je ressens. " (planche VII).

Et cette référence corporelle est en lien étroit avec le thème de la " renaissance " (et pourquoi pas " (re)naissance ") persévérant aux trois dernières planches, lien donc explicite par le sujet dès la planche IX.

Pourtant au travers de cette persévérance, il ne nous apparaît pas un dégagement défensif suffisant à soutenir le processus de différenciation Sujet / Objet, traduisant ainsi la fragilité de l'identité narcissique du sujet. En effet, nous gardons à l'esprit la verbalisation d'Anne aux associations de la planche VIII: " la renaissance, c'est revivre, **être autre chose** que ce qui était avant "; comme si en quelque sorte cette renaissance laissait présager d'une nouvelle chosification du sujet mais sous une forme différente de celle qui était antérieurement.

En fait, nous sommes là plongée au coeur de la problématique identitaire du sujet qui semble, dans sa projection, ne pouvoir élaborer sa quête de singularité.

3.2) AU THEMATIC APPERCEPTION TEST.

L'analyse du TAT nous fournit quelques éléments supplémentaires.

Dans son ensemble, la perte de distance vis à vis de la consigne réactualise celle observée au test de RORSCHACH.

Les références personnelles sont multiples et traduisent toute la revendication affective d'Anne à l'adresse de ses parents (planches 7GF, 9GF). Il est toutefois à noter que si cette revendication concerne le couple parental, elle est en fait suscitée aux planches réactivant une confrontation à l'imgo maternelle, et semble donc traduire l'absence de toute différenciation des imagos parentales.

Maintenant, pour ce qui concerne l'imgo maternelle, toute représentation et tout positionnement face à elle semblent inaccessibles.

La présentation des planches archaïques (planches 11 et 19) suscite des affects de déplaisir et témoigne d'une difficulté à élaborer une représentation prégénitale.

La planche 11 dévoile la béance: le " néant " devient " gouffre ", entraînant le sujet dans une " chute " (cf: choix des planches non-aimées).

La planche 19 est quant à elle rejetée. Le mouvement régressif est ainsi refusé. A la planche 5, Anne se met elle-même en scène, se substituant ainsi au représentant surmoïque, en " recherchant quelque chose qu'elle ne trouve pas ", comme si le processus identificatoire échouait dans sa quête pour un objet non-précisé.

A la planche 7GF, une instabilité des identifications apparaît. Si dans un premier temps, Anne identifie les personnages comme étant " ma mère et moi ", dans l'instant qui lui succède ces mêmes personnages deviennent " ma mère ... et ma soeur ", sans d'ailleurs que ne soit précisée la nature des relations existant entre mère et l'une ou l'autre de ses filles.

Remarquons également la scotomisation du poupon tenu par la petite fille. **Ainsi toute transmission entre mère et fille, et au-delà toute dynamique intergénérationnelle semble impossible**, comme notre hypothèse de recherche le présupposait.

A la planche 12F, la sensibilité d'Anne au contenu latent révèle la toxicité de la femme, " mégère, sorcière " du second plan. Cette représentation de relation apparaît

en lien avec une angoisse de dévoration: elle " sera bouffée par la sorcière ... qui réfléchit au mal qu'elle pourra lui faire ... ".

L'angoisse de destruction est donc très massivement réactivée à l'évocation du rapproché mère-fille - induit par le contenu manifeste -. Ainsi, la proximité de la relation libère une réponse à caractère extrêmement menaçant dans un contexte archaïque (l'image de la " sorcière - mégère "). Et cela nous permet de supposer **l'existence d'un fantasme matricide au fondement de la représentation livrée.**

La planche 2 est également très riche dans son contenu et corrobore le non-accès au registre oedipien en même temps que l'impossible positionnement de la fille face à l'imago maternelle archaïque.

Si dans une certaine mesure, une triangulation est perçue, elle traduit **une confusion entre les deux générations féminines.** Le représentant maternel se voit dépossédé de sa place au sein du couple parental par l'enfant / fille, symbolisé par le personnage du premier plan.

Ainsi la confrontation et rivalité mère / fille ne peut se jouer, voire la nature de leur relation - en terme d'emprise - semble se déplacer sur le couple mère - fils (peut-être au bénéfice économique de maintenir à distance l'angoisse de dévoration repérée par ailleurs et associée à toute représentation de relation de cet ordre).

Ainsi, si cette triangulation semble prendre des " allures " oedipiennes, la nature de la relation projetée sur le couple mère - fils dévoile, une fois encore, une relation d'emprise et non un rapport libidinal dans un contexte fantasmatique oedipien. Anne signifie d'ailleurs que c'est la nature même de cette relation exercée par le représentant maternel prégénital qui signe le non-accès au registre oedipien. De plus, la perte de distance face à la consigne par référence au vécu personnel rend compte de l'échec du refoulement: " peut-être ma belle-mère qui a encore de l'emprise sur son fils la femme se serait moi et mon mari qui me tourne le dos ".

IV) CONCLUSION

Aux tests projectifs, nous avons constaté toute l'ampleur du mouvement projectif qui se mesure d'emblée à la négociation des planches par le sujet.

Anne perd constamment de vue que ses réponses résultent de l'interaction entre le stimulus - soit la planche - et elle-même. Ainsi, de nombreux dérapages s'observent au travers de multiples références personnelles, témoignant d'une perte de distance progressive face au matériel proposé.

Néanmoins, des contenus signifiants ont pu être rendus manifestes, bien que les liaisons associatives aient seulement été subodorées.

Pour nous, cette absence de liens manifestes entre les divers éléments est consécutive à la chronicisation de l'affection évoluant depuis de nombreuses années.

Toutefois, nous rappelons avoir tout de même dégagé de notre analyse les éléments de compréhension suivants:

- La problématique d'Anne renvoie à un registre archaïque par projection d'une relation d'emprise générant une angoisse massive de dévoration, et par prédominance du mécanisme de clivage déliant pulsions de vie et pulsions de mort, et retentissant sur l'expression des affects à valence positive et affects à valence négative.

- La loi de la différence des générations est non intégrée. Bien davantage, il nous est apparu sur un plan dynamique qu'Anne présentait une forte tendance à se substituer au représentant maternel. Cette tendance pourrait traduire la recherche identitaire chez un sujet **dont les assises narcissiques sont fragilisées.**

- Progressivement, nous avons pu mettre en relation la problématique de l'identité primaire d'Anne avec une zone corporelle précise.

La centration sur le torse, puis le déplacement s'opérant vers les omoplates semble contenir une forte connotation morbide. En effet, ce " torse qui monte vers le ciel " avance également " vers la mort " (test de RORSCHACH, planche VI).

Pour nous, **cette image s'inscrit dans une dimension métaphorique** et maintient dans son ombre une autre image, celle d'une poitrine naissante et inassimilable, inintégrable d'Anne pubère car **en lien avec un fantasme mortifère**. Dans cette perspective, l'image d'un torse qui " pousse vers l'avant et vers le haut " pourrait traduire quelque modification corporelle liée à l'avènement pubertaire.

En effet, nous pouvons supposer que toute jeune fille en pleine poussée pubertaire pourrait éprouver des sensations corporelles nouvelles, laissant un sentiment similaire à l'image proposée par Anne. Ainsi, à sa manière, Anne semble s'exprimer sur ce temps de vie si douloureux, que sa poitrine ne fut qu'évanescence.

Par ailleurs, notre attention a été retenue par les affects de plaisir qui accompagnaient la verbalisation objectivant la disparition mammaire.

Anne semblait s'enorgueillir d'un tel état que spontanément elle a associé à son absence de désir d'enfant. En effet, dans son mode de pensée, un tel désir n'est pas à questionner en raison de son " **incapacité corporelle** " à **allaiter**. Ainsi, il est possible que la centration sur cette partie anatomique que sont les omoplates, maintienne à un niveau latent l'image de la poitrine à forte connotation orale et maternelle (et non à inscrire dans un registre libidinalisé).

L'absence de poitrine prend valeur de justification arbitraire dès lors que nous gardons à l'esprit que nombreuses à notre époque sont celles qui optent préférentiellement et non contraintes pour un allaitement " artificiel ".

Ainsi, attaquant son corps et les formes ou fonctions maternelles qui le caractérisent (la poitrine qui permet l'allaitement maternel, les cycles menstruels qui permettent la conception de l'enfant), Anne a fait disparaître ce qui sans doute n'a pu être assimilé, et ce en raison de la nature mortifère de l'impact fantasmatique sous-jacent associé à l'imago maternelle prégénitale.

Ainsi, cette partie corporelle advenue avec la puberté semble avoir été " de trop " et a probablement contribué à rompre l'unicité corporelle.

Pour finir, nous continuons encore à nous interroger sur la redondance thématique autour de la " renaissance " et du " renouveau " apparaissant au test de RORSCHACH.

En effet, si notre interprétation a mis en évidence une mobilisation défensive de type maniaque à l'introduction des planches couleurs (planches VIII, IX, X), - et ce dans

une lutte contre les affects dépressifs s'exprimant aux planches noires (planches IV, V) - il nous semble néanmoins possible d'ouvrir notre conclusion sur une lecture symbolique de cette thématique, qui, en nous, résonne avec le thème de l'enfant et de sa potentialité de fait, peu de temps advenue chez Anne.

CONCLUSION

A l'observation clinique de l'anorexie mentale, nous sommes d'emblée saisie par ce qui se donne à voir, tandis que la conduite et le discours du sujet rendent manifestes le déni corporel.

Et, ce décalage, pourrait en quelque sorte aviver le sentiment qu'un corps nous est livré.

Niant sa maigreur dans un élan quasi déréel, l'anorexique ne semble pouvoir appréhender l'image du miroir, alors que l'autre, dans l'instantané de la rencontre et de sa perception, se réfère au visible, au présent dans l'effroi que suscite ce corps paraissant comme déshabité. Agressé et rejeté, réduit à une peau de chagrin, il se montre ainsi écartelé entre une dimension spéculaire et une énigme personnelle.

Mais, ce corps réel, inaccessible au sujet anorexique, n'exclut pas pour autant un référé aux dimensions imaginaire et symbolique, " nourrissant " une fantasmatique étayée sur les Pulsions de Vie et de Mort; à moins que cet Autre, capté par ce que l'anorexique rend de visible - soit un corps décharné - apporte en résonance, une réponse elle-même bien réelle en terme de réponse alimentaire parfois extrême et vitale car incontournable, si nous évoquons par exemple la nutripompe.

Aussi, la confrontation au corps de l'anorexique nous semble induire une réponse d'emblée si réelle qu'elle peut, d'après nous et pour une part, rendre compte de la dissolution dans ce même mouvement des dimensions imaginaire et symbolique conférées au soma, et ainsi réserver dans une appréhension quasi clivée la primauté au fonctionnement psychique, inférant à lui seul la qualité de l'investissement corporel du sujet.

Et la mesure de cette qualité traduirait alors chez l'anorexique le défaut de mentalisation des conflits psychiques objectivés par le recours à l'agir, tandis que quelque autre dysfonctionnement corporel prendrait symboliquement sens à la lecture du seul signifiant hystérique.

Ainsi, la prise en compte du soma se réduirait à ses liens - ou à sa déliaison - avec les processus psychiques, assurés dans la métapsychologie freudienne par la Pulsion; FREUD (1) la définissant comme un concept limite entre le psychique et le somatique. M.GRIBINSKI, dans la préface de l'édition de 1987, nous y ramène encore: la pulsion " est comme une catastrophe entre deux états qu'elle sépare et réunit, qu'elle ne séparera pas complètement, qu'elle n'unifiera pas non plus: c'est un concept - frontière, un concept - contact entre l'âme et le corps, la vie de l'esprit et la sexualité, la réalité psychique et la biologique... " (1905,1987, p 17).

Mais le corps, dans ses liaisons avec la psyché, n'aurait-il d'autre mode d'expression que la seule mentalisation via la pulsion traduisant l'excitation corporelle en représentation psychique ?

Dans ce cas, que serait une pensée sans corporéité?

Un tel questionnement ne nous semble guère éloigné de la pensée philosophique de René DESCARTES, qui, dès 1641 dans les Méditations Métaphysiques, exprime son raisonnement comme suit:

" La nature m'enseigne aussi, par ces sentiments de douleur, de faim, de soif, etc ..., que je ne suis pas seulement logé dans mon corps, ainsi qu'un pilote en son navire, mais, outre cela, que je lui suis conjoint très étroitement, et tellement confondu et mêlé que je compose comme un seul tout avec lui. Car si cela

(1) In Les trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905, G.W., V, 67.

n'était, lorsque mon corps est blessé, je ne sentirais pas pour cela de la douleur, moi qui ne suis qu'une chose qui pense, mais **j'apercevrais cette blessure par le seul entendement** comme un pilote aperçoit par la vue si quelque chose se rompt dans son vaisseau; et lorsque mon corps a besoin de boire ou manger, **je connaîtrais simplement cela même, sans en être averti par des sentiments confus de faim et de soif** " (1986, p 123).

Dès lors, le corps lui-même pourrait-il disposer de son propre mode d'expression ? D'ailleurs, n'est-ce pas le corps, en ce qu'il désigne l'originare et la genèse, qui donne naissance au sujet?

Dans son ouvrage " Sur l' acquisition du feu " FREUD (2) ne souligne t-il pas que l'homme de l'origine (l'Urmensch) était en position de comprendre le monde extérieur à l'aide de ses propres sensations et relations corporelles (körperempfindungen und körperverhältnisse).

Ainsi, les messages du corps permettraient au sujet d'appréhender les messages émanant du monde extérieur, de l'objet, de l'Autre...

Alors, pourquoi ne pas opérer le cheminement inverse, en estimant que le corps en quelque sorte s'impose à la psyché, voire que le **psychisme s'origine avec et dans le corporel**; comme l'enfant qui, naissant, ressent bien avant de se mettre à penser.

C'est dans cette perspective que nous avons ainsi choisi d'écouter le sujet anorexique, nous situant justement dans une dialectique somato-psychique.

Pour se faire, nous nous sommes **inspirée des apports récents du courant psychosomatique** (DEJOURS (1989) ; MC DOUGALLS (1982,1989)), découvrant une fonction symbolique et signifiante au symptôme corporel, infirmant donc l'unique modèle explicatif du défaut d' élaboration psychique.

Au corps symptôme est dévolu une fonction symbolique; le corps souffrant fonctionne comme un langage, le corps malade comme une construction de sens relevant de la métaphore.

(2) S.FREUD, G.W. XVI, 9.

Ainsi, dans un second temps, il nous a fallu différencier le processus pubertaire du temps adolescent dans la perspective de F.LADAME (1983), estimant que si les réalités biologiques et l'identité sexuelle (sa construction arrivant à maturation durant cette étape de la vie) sont indissociables; elles ne sont pas pour autant assimilables.

Accordant alors une attention toute particulière aux menstruations en ce qu'elles permettent la transmission intergénérationnelle et le maintien de l'espèce, nous nous sommes attardée sur leur dimension symbolique (DEUTSCH, 1949; DOLTO, 1984) en termes de fécondité et maternité, pour ensuite la repérer chez l'anorexique.

Cette réalité biologique, ouvrant l'enfant sur le temps adolescent, l'éclosion pubertaire concrétisant la temporalité individuelle (MILLE et Coll, 1996, p 558), l'anorexique reste elle cette enfant modèle, fixée aux figures de son enfance, vouant son destin à celui de l'objet primaire.

Ainsi, comme l'exprime C. THOUZERY-LORAS (1984), " De ce corps, elle fait un abîme où rien ne s'inscrit " (1984, p 270), ni les caractères sexuels secondaires, pas plus que la marque du temps, qui, dans sa course inéluctable, signifie, à son seuil, la mort du sujet comme celle de son objet. Et cette lutte contre la marche du temps fait de l'anorexique " un enfant sans passé, qu'aucun souvenir dans sa mémoire, telle une épave sur la grève, jetée là sans comprendre ce qu'elle y fait, où elle va ... " (1984, p 270).

O. KERNBERG (1995) le relate très justement lorsqu'il constate que le passage du temps fait prendre conscience de la nature transitoire et limitée des relations humaines, c'est à dire de la mort.

Et la problématique anorexique, avivée par l'avènement pubertaire engendrant lui-même la séparation avec les liens infantiles, découlerait, pour nous, d'une culpabilité inconsciente de fantasmatiquement détruire l'objet primaire.

La menace, pesant désormais sur les liens primaires, mettant alors en scène des fantasmes agressifs inacceptables pour l'enfant modèle, l'oralité, voie essentielle et corporelle de l'échange permettant la première forme à l'agressivité et à ses phantasmes (NASSIKAS, 1986) se donnerait ainsi comme mode d'expression privilégié de la problématique anorexique.

* * * * *

* * * * *

* * * * *

Pour finir, il nous reste à nous interroger sur la pertinence de notre choix méthodologique, prononcé en faveur d'une hypothèse à risque, laquelle motiva d'ailleurs la constitution restreinte de notre population d'étude.

En effet, tendre vers une multiplication quantitative des études cliniques nous est apparu antinomique à notre position et argumentation théorico-clinique (REVAULT D'ALLONES, 1989; WIDLÖCHER, 1990; PERRON, 1997).

Notre volonté ne renfermait donc pas le souhait que notre hypothèse de recherche se constitue comme normative - soit vérifiable pour la majorité des cas -, mais qu'elle puisse, modestement, éclairer quelque clinicien sur l'éventualité de son existence.

Pour nous, une telle position s'insère au coeur de la recherche clinique. Ainsi, nous défendons avec un auteur comme R. PERRON (1997) que " **le clinicien se doit d'assumer la difficulté découlant de la singularité de son objet d'étude**, et de la considérer comme une constante certaine. Toute connaissance acquise en psychologie clinique est, à la base, issue d'un individu singulier à un moment singulier ... " (1997, p 128); toute connaissance clinique pouvant, bien évidemment, donner lieu à une recherche.

Aussi, notre formalisation n'a pas cherché à argumenter en faveur - ou défaveur - de la compréhension contemporaine du fait anorexique par des auteurs avertis et émérites (JEAMMET (1989, 1991, 1993, 1994), BRUSSET (1985, 1988, 1993, 1995), ...), mais a tenté d'attirer l'attention des cliniciens sur le corps anorexique, et ainsi de lui porter un regard empreint d'une dimension symbolique en reconnaissant au sujet une capacité à fantasmer, certes masquée par le recours à l'agir compulsif objectivé au travers du trouble de la conduite alimentaire.

Cette perturbation, sans doute car elle engendre, d'emblée, des répercussions somatiques parfois gravissimes (- plaçant le sujet en situation de péril imminent -) nous a semblée prêter au soma un caractère si réel (- mais aussi si intense dans les manifestations contre-transférentielles qu'elle active et qui s'étayent sur le principe homéostatique opposant Pulsions de Vie et Pulsions de Mort -) qu'elle l'aurait en quelque sorte comme " vidé " de sens et de toute dimension métaphorique.

Aussi, avons-nous souhaité traduire le rapport du sujet anorexique à son corps tel un langage, peut-être car, selon C. PERRON (1997) , " être confronté à la souffrance et à la mort permet(tait),..., de moins se perdre dans les délices du verbe pur et de ne pas se leurrer sur la toute- puissance de la parole..." (1997, p 204), figure de la mort à laquelle le corps décharné de l'anorexique répond, nous confronte; limites thérapeutiques auxquelles se heurte le clinicien tandis que la parole de l'anorexique fait défaut et pas plus celle du thérapeute ne trouve d'accrochage dès lors que le corps est mis en cause.

Ainsi s'énonce une première et fondamentale difficulté à la compréhension du rapport au corps de l'anorexique, et donc à l'élaboration du fantasme matricide sous-jacent, dans la mesure où, comme le signifie M. LAXENAIRE (fev 1997) dans *Anorexie et thérapies de groupes*, " la guérison ne peut passer que par la prise en compte du symptôme capital qui est l'**émaciation** du corps " (1997, p 216).

Ainsi, le psychothérapeute se voit-il contraint de ne pas négliger le symptôme que constitue l'amaigrissement.

Dans une thérapie institutionnelle, M. LAXENAIRE (fev 1997) rappelle que la prise en charge de l'anorexique est multifocale, soit " sous la responsabilité de thérapeutes différents, dont les uns s'occupent du symptôme, tandis que les autres par leur attitude d'écoute et par le décodage des relations intergroupales, ramènent ce symptôme à ses déterminants psychiques, c'est à dire étiologiques " (1997, p 225).

Mais, comme le précisait déjà antérieurement F. RICHARD (1992) suite à une illustration clinique relatant la multifocalité de la prise en charge de Sonia, une jeune anorexique d'une vingtaine d'années, " une stratégie thérapeutique multifocale suppose que chacun ne cherche pas à mettre son champ de savoir et

d'intervention à l'abri des questions des autres, ce qui redoublerait le clivage des patients et leurs mécanismes de défense " (1993, p 176).

Dans une prise en charge ambulatoire, ce constat prend pour nous également valeur: le thérapeute, afin de pouvoir se concentrer sur les déterminismes psychiques doit nécessairement être assuré de la non-précarité de l'état somatique de l'anorexique; ou encore doit-il " laisser à d'autres le soin de se focaliser sur les symptômes corporels " (M. LAXENAIRE, 1997, p 224).

Et c'est, selon nous, à l'instant où le clinicien aura acquis cette assurance qu'il pourra dominer la massivité des éléments contre-transférentiels, soit qu'il ne se sentira pas perdu ou effrayé par le poids du réel, et qu'il pourra alors se situer dans un questionnement somatique à valeur signifiante, ... et peut-être entrer dans l'univers anorexique sans effraction.

Maintenant, si nous nous hasardions sur l'évaluation clinique de la prise en charge psychothérapique proprement dite (soit les deux suivis au long cours), nous pourrions nous référer à Cl. REVAULT D'ALLONES (1989), pour laquelle " le critère central de mesure de l'efficacité thérapeutique consiste en la rémission du symptôme ce qui est certes important mais ne saurait constituer l'essentiel..."(1989, p39).

Dans cette perspective, et nous étant tout particulièrement (et **uniquement pour cette recherche et non dans la prise en charge psychothérapique dans son ensemble**), centrée sur le symptôme aménorrhéique, il nous faut reconnaître d'une part que celui-ci n'a pas cédé, et que d'autre part les deux psychothérapies ont chacune vu leur terme au motif d'un éloignement géographique (déménagement pour l'une par mutation professionnelle, et engagement d'une formation pour l'autre poursuivie dans une autre région).

D'aucuns pourraient alors interpréter ces éléments comme une réédition du recours à l'agir par défaut d'élaboration psychique, ou encore sous un oeil plus clément comme une résistance au processus thérapeutique engagé.

Or, nous espérons avoir démontré que l'arrêt du suivi ne pouvait être considéré tel un passage à l'acte ou acting out dans la mesure où ces orientations professionnelles n'ont pas été effectives dans l'immédiateté, mais ont procédé d'une réflexion préalable comme d'un examen approfondi des modifications de vie inhérentes à la décision et aux changements attendus.

Aussi, pour nous, renferment-elles une dimension symbolique, témoignant d'une reprise de l'élaboration psychique constituée autour de la problématique de séparation, (l'éloignement géographique étant considéré par les intéressées elles-mêmes comme une étape intermédiaire et positivement évolutive à leurs difficultés.)

A ce propos, A.DELOURME (1997) rappelle que " le travail sur soi effectué en psychothérapie est une étape décisive à condition qu'il améliore nos capacités d'action...l'action comporte en elle-même une fécondité non seulement thérapeutique mais existentielle, elle porte en elle tout un lot de << connaissances >> qu'elle seule peut nous révéler. **La réflexion n'y suffira pas.** " (1997, p 110).

A un autre niveau d'analyse, J. CHASSEGUET (1964), dans ses " Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine ", a démontré, à partir d'une illustration clinique, que le processus analytique est associé à une gestation que le désir mène à son terme ou fait avorter.

Cette image, à laquelle nous ne pouvons qu'être sensible à l'instar de notre problématique de recherche, nous invite à préciser qu'une grossesse, qu'elle soit réelle ou symbolique, voit en quelque sorte son terme advenir par un acte posé; qu'il s'agisse de l'osmose mère-enfant ou de l'arrêt du travail psychothérapeutique s'achevant avec l'accouchement ou la séparation entre le thérapeute et son patient.

Et cette réalité, bien qu'elle succède généralement à un travail d'élaboration psychique ne marque pas pour autant son arrêt car cette donnée aussi réelle soit-elle doit encore être assimilée et intégrée comme effective: l'enfant réel est advenu; le cadre analytique a lui disparu.

Egalement sur un autre plan, il nous semble devoir prendre en considération les deux paramètres que constituent notre sexe et notre âge (- en quelque sorte relativement jeune dans l'expérience de la vie comme de la clinique -); ces données se révélant bien évidemment comme agents des modalités transférentielles et contre-transférentielles.

Selon nous, ceux-ci ne sauraient pleinement convoquer la dimension maternelle - et maternante -, si recherchée mais sitôt et si vivement rejetée par l'anorexique, et peut-être ainsi viendraient limiter l'évolution de la prise en charge thérapeutique, voire auraient participé à son arrêt.

Sous un angle plus positif, nous pourrions aussi raisonnablement envisager que ces mêmes paramètres sont justement ceux qui ont favorisé l'alliance thérapeutique dans la mesure où éloignés d'une image pleinement maternelle, les éléments projectifs et les résistances furent d'emblée moins massifs, permettant une mise en relation possible car moins menaçante pour le narcissisme du sujet et limitant peut-être ainsi l'attitude de défi sous-jacente à l'ensemble des conduites défensives de l'anorexique, confortant son sentiment de toute puissance.

Evoquant justement le narcissisme toujours menacé du sujet - dans le sens de la contradiction décrite par B. GRUNBERGER (1975) entre l'attitude du narcissique qui cherche à tout prix à s'individualiser en même temps qu'il ne peut vivre en dehors d'une relation anaclitique -, rappelons avoir appréhendé la dialectique existant entre le sujet anorexique et sa mère; la première devenant en quelque sorte le " complément narcissique " de la seconde, en répondant à ses désirs et surtout à celui de perpétuer avec elle une relation de proximité sans laquelle - nous avons tenté de le dévoiler - la mère ne pourrait, dans le fantasme anorexique, survivre. Aussi, deviendrait-il fondamental de rester figée dans un " flottement intemporel ", comme " quasi collée " à l'image de l'enfant modèle correspondant à la représentation maternelle et à ses attentes.

Surgit ici une deuxième difficulté à l'émergence du fantasme matricide, en raison de l'abord problématique des pulsions agressives. La représentation de l'enfant modèle, sous-tendue par les attentes maternelles, que l'anorexique cherche à maintenir semble pouvoir s'accomplir au prix d'un clivage du Moi. Dès lors, l'expression d'une quelconque agressivité envers l'objet, en raison de la prégnance d'un vécu d'emprise, semble faire basculer la représentation de Soi du côté du mauvais et de l'intolérable et ravive par là même le vécu d'abandon et la recherche du lien.

Aussi, il nous semble que le clinicien doit sans cesse pouvoir ajuster la distance relationnelle en fonction de ces vécus d'emprise et/ou d'abandon. Cet aménagement constant de la distance relationnelle est rendu possible par la reconnaissance de cette oscillation entre la recherche du lien et son rejet. Aussi, il s'agira de toujours veiller à donner du sens à toute expression d'une résistance inconsciente, mais aussi à toute **inférence** thérapeutique. Par cette dernière, nous entendons tout ce qui pourrait être en rapport avec le cadre thérapeutique. En effet, l'aménagement constant de la distance relationnelle pourrait également se retrouver dans la fréquence et le rythme des rencontres. Si nous nous **remémorons**

ici la prise en charge d'Elisa, nous voyons combien un tel aménagement fut nécessaire et favorable à l'engagement thérapeutique. Et si nous avons accepté de travailler dans une telle souplesse du cadre thérapeutique c'est parce que nous avons accepté qu'elle ait besoin de périodes d'éloignement (pas de rupture) afin de vérifier qu'elle n'était pas prisonnière, en mesurant qu'un tel vécu risquait d'intensifier son besoin de maîtrise toute-puissante mettant ainsi en péril une alliance thérapeutique déjà si difficile à construire; à moins que le sujet n'adopte défensivement une attitude de soumission (renvoyant à la position de l'enfant modèle), mais qui bien souvent signe également le désengagement face au processus thérapeutique.

En même temps, nous pensons que chercher à maintenir le cadre thérapeutique aurait pu être ressenti comme persécutif et arbitraire, et aurait aussi fait naître le risque d'un abandon de la thérapie.

Maintenant si nous revenons brièvement sur l'avènement pubertaire dans ce qu'il introduit comme modifications corporelles et changement de position - d'enfant à adolescent - celui-ci viendrait comme trahir le sujet mais aussi - et même surtout - l'immuabilité de la relation à l'objet archaïque .

Aussi, le refus de manger symbolise-t-il celui de grandir et d'évoluer au sens de C. DAUBIGNY (1994) " grandir, c'est tolérer l'éloignement progressif " (1994, p 196); séparation si irréprésentable de part et d'autre - soit du coté du sujet comme de l'objet -, que le refus alimentaire offre un compromis à la problématique psychique de l'anorexique, qui en préservant le fragile narcissisme maternel maintient la relation du sujet à son objet, mais au prix de récuser le corps pour félonie. Ainsi, comme le formule D. BOCHEREAU (1997), " L'esprit détruit le corps, sans le dire, en affirmant au contraire chercher à le rendre parfait ... " (1997, p 24) ... **mais " parfait ", pour qui ?**

Cette problématique complexe de filiation narcissique entre l'anorexique et sa mère mériterait une attention certaine, et une réflexion portant sur le vécu maternel ne pourrait, à notre avis, qu'enrichir la compréhension clinique du sujet anorexique, les difficultés étant d'une part de dépasser le seul registre alimentaire condensant - à l'instar de sa fille - le dire maternel ... et pourquoi pas en évoquant le ressenti éprouvé à l'avènement pubertaire de sa fille ...; et d'autre part d'apprécier l' "objet énigmatique " (LAPLANCHE, 1986) que représente la mère, s'engageant en fonction de sa propre organisation inconsciente dans la relation à son enfant fille et peut être pourrions-nous ainsi objectiver une

dépressivité de la fonction maternante réactionnelle ou ravivée par la puberté de sa fille.

L'hypothèse d'une dépressivité maternelle nous paraît d'autant plus envisageable que V. MARINOV (octobre 1997) remarque que " le nombre de patientes dont les mères étaient passées épisodiquement par des états dépressifs aigus ou présentaient une humeur dépressive constante est élevé " (1997, p 48). Un tel nombre, estimé par l'auteur à " la moitié des cas ", nous semble suffisamment significatif pour retenir notre attention.

Egalement, nous pourrions nous pencher plus précisément que nous ne l'avons fait sur la dynamique interactive mère - fille.

A ce stade de recherche, une perspective différentielle nous semblerait réalisable. Nous pourrions par exemple imaginer que celle-ci compare une population d'anorexiques pubères à une population pubère tout venant afin de mesurer si les motions pulsionnelles et le conflit avec l'imago maternelle ne seraient pas plus intensifiés ou renverraient plus volontiers l'anorexique à des fixations pré-génitales.

Nous pourrions aussi appréhender les spécificités de cette dynamique mère - fille sous l'angle de la filiation en nous référant à l'étude menée par C. HEYMANN, J.P. KAHN, C. VIDAILHET et M. LAXENAIRE (1993), lesquels interrogent le devenir de la relation entre une mère ayant présenté un épisode anorexique et son ou ses enfants nés ultérieurement à ce dit épisode.

Ils constatent qu'une proportion importante d'enfants ont présenté une anorexie d'opposition sans retentissement ultérieur pour leur croissance et que cet épisode est survenu " dans des moments clés du nourrissage (sevrage, passage à l'alimentation diversifiée) " (1993, p 307).

Mais surtout, ces auteurs nous interpellent sur les capacités de ces mères à faire face aux éventuels refus alimentaires de leurs enfants: " en effet, la plupart, devant une opposition, ne se posent pas la question d'une certaine répétition de leur propre refus plusieurs années auparavant " (1993, p 306-307); ce constat les amenant à évoquer l'existence d'un " déni de conflits intra-psychiques ... [comme] le noyau constant de l'anorexie même après la guérison symptomatique ? " (1993, p 303).

Pour conclure, si ces quelques pistes de réflexion ouvrent le chercheur sur moult interrogations, elles nous semblent par ailleurs avoir contribué à l'enrichissement de la clinicienne.

* * * * *

Merci au lecteur pour son attention.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM N., TOROK M.

L'écorce et le noyau.

Editions AUBIER FLAMMARION, Paris, 1978.

ABRAHAM S.F, BEUMONT P.J.V., SOWERBUTTS T.D,
LIEWELLYN-JORE D.

Eating behaviours among youg women.

M.J. Austr., 1983, 3, p 225-228.

AGMAN G., CORCOS M., JEAMMET Ph.

Troubles des conduites alimentaires.

E.M.C, Psychiatrie, 1994, 37-350- A.10, p 1-16.

AIMEZ P.

Les conduites boulimiques: intérêt d'un modèle psychophysique et d'une approche nutritionnelle cognitive.

Confrontations Psychiatriques, 1989, n° 31, p 233-256.

AJURIAGUERRA J. de., CAHEN M.

Tonus corporel et relation avec autrui " l'expérience tonique au cours de la relaxation "
Revue médicale psychosomatique, 1960, 2,2, p 89-124.

ANATRELLA T.

Adolescence: une nouvelle génération ?

Le journal des psychologues, Novembre 1993, n° 112, p 55-59.

ANDRE J.

Aux origines féminines de la sexualité.
Bibliothèque de Psychanalyse.
P.U.F, Paris, 1995.

ANDREOLI A.

Corps et mémoire en psychothérapie et en psychanalyse.
L'évolution psychiatrique, 1985, 50, 4, p 835-854.

ANDREOLI A., PASINI W.

Eros et changement.
Le corps en psychothérapie.
PAYOT, Paris, 1981.

ANZIEU D.

L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse.
P.U.F, Paris, 1975.

ANZIEU D.

Les méthodes projectives.
P.U.F, Paris, 1976.

ASKEVIS M.

Jeunesse - Adolescence.
in Adolescence, 1995, 26, p 107-122.

BACHELOR A. et Coll.

L'Alliance thérapeutique: le point de vue des clients.
Psychothérapies, n° 3, p 171-178.

BALASC C.

Désir de Rien. De l'anorexie à la boulimie.
AUBIER, 1990.

BARRES P., BARUCCHI E., BOUDERGUES P.

Anorexie - Boulimie: une pathologie fréquente à l'adolescence.
Un Autre Regard, Congrès UNAFAM de Toulouse.
1995, 1996, n° 1 et 2, p 22 -32.

BECK S.B, WARD-HULL C.I., Mc LEAR P.H.
Variables related to women's somatic preferences of the male and female body.
Journal of personality and social psychology, 1976, 34, p 1200-1210.

BELL R.M.
L'Anorexie sainte.
Le fil rouge.
P.U.F, Paris, 1994.

BERGERET J.
La violence fondamentale.
DUNOD, Paris, 1986, 2^{ème} Edition.

BERGERET J. et Coll.
Psychologie pathologie.
ABREGES, MASSON, 1986, 4^{ème} édition.

BESANCON G.
" Les images du corps: historique, approche psychopathologique ".
Cahiers de l'association française de psychiatrie,
1986, 3/4, 7-18-(20).

BIRCHNELL S.A., LACEY H.J., HARTE A.
Body image distortion in Bulimia Nervosa.
Brit., J. of .Psychiat, 1985, 147: p 408-412.

BOCHEREAU D.
Les fins énigmatiques des anorexiques extrêmes.
Synapse, novembre 1997, n° 140.

BORDIN E.S.
The generalisability of the psychoanalytic concept of the working alliance.
Psychotherapy Theory, Research and Practice,
1979, 16, p 252-260.

BOSS M.
Introduction à la médecine psychosomatique.
P.U.F, Paris, 1959.

BOURGEOIS Ph.

Image du corps et anorexie mentale.

Cahiers de psychologie clinique et de psychopathologie générale, 1973, Tome XXXVIII,
janvier-mars, p 73-121.

BOUVARD M., COTTRAUX J.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.

Masson, Liege, 1996.

BOYENSEN G.

Entre psyché et soma.

Introduction à la psychologie biodynamique.

PAYOT, Paris, 1985.

BRAUNER R., LIMAL JM, RAPPAPORT R.

Puberté normale et pathologique.

E.M.C, Paris, 1987, 4107 B10-7.

BREUER J., FREUD S.

Etudes sur l'hystérie.

P.U.F, Paris, 1956.

BRUCH H.

Les yeux et le ventre - L'obèse, l'anorexique.

PAYOT, Paris, 1975.

BRUCH H.

L'Enigme de l'anorexie.

P.U.F, Paris, 1979.

BRUCH H.

Conversations avec des anorexiques.

PAYOT, Paris, 1990.

BRUN D.

La maternité et le féminin.

Editions DENOËL, France, 1990.

BRUN-EBERENTZ A. et Coll.
Troubles des conduites alimentaires et examens psychométriques.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1993, 41(5-6), p 316-328.

BRUSSET B.
Valeur sémiologique des anomalies des conduites alimentaires.
E.M.C, Paris, 1981, 37105 D 10-2.

BRUSSET B.
Anorexie mentale et toxicomanie.
Adolescence, 1984, 2,2, p 285-314.

BRUSSET B.
Comment guérir l'art de maigrir ?
Etudes psychothérapeutiques, 1985, n° 3.

BRUSSET B.
Jalons psychanalytiques de l'anorexique.
Le journal des psychologues, sept 1988, n° 60, p 20-21.

BRUSSET B.
Anorexie mentale et boulimie du point de vue de la génèse.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence.
1993, 41 (5-6), p 245-249.

BRUSSET B.
Sur la prévalence féminine de l'anorexie mentale.
Psychologie Clinique et Projective.
1995, n° 2, p 169-181.

BRUSSET B.
L'anorexie mentale des adolescentes.
In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
P.U.F, Paris, avril 1995, tome 2, p 1693-1711.

BUNNELL D.W, COOPER P.J, HERTZ S., SMENKER I.R.
BODY SHAPE Concerns among adolescents.
Int. J. Eating/Disord., 1992, 11, p79-83.

BUTTON E.J., WHITEHOUSE A.
Subclinical anorexia nervosa.
Psychological Medecine, 1981, 11, p 509-516.

CAÏN J.
Les franges du champ psychosomatique.
IMMEX, mai, 1993.

CASPER R.C., HALMI K.A., GOLDBERG S.C., ECKERT E.D., DAVIS J.M.
Disturbancis in body image estimation as relatid to other characteristics and outcome in anorexia.
Brit., J. of Psychiat., 1979, 134: p 60-66.

CELERIER M.C.
Corps et Fantasmés.
Pathologie du psychosomatique.
DUNOD, Paris, 1989.

CHABERT C.
Le RORSCHACH en clinique adulte.
Interprétation psychanalytique.
DUNOD, Paris, 1983.

CHABERT C.
La psychopathologie à l'épreuve du RORSCHACH.
DUNOD, Paris, 1987.

CHABERT C.
Les méthodes projectives en psychosomatique.
E.M.C, Paris, Psychiatrie.
37400 D10, 6-1988, 4P.

CHASSEGUET J.
La féminité du psychanalyste dans l'exercice de son métier.
Congrès de l'Association Psychanalytique International, Madrid, 1983.

CHATEL M.M.
Malaise dans la procréation: les femmes et la médecine de l'enfantement.
ALBIN - MICHEL, S.A., 1993.

GILLIBERT J.

Principe de rétrospection.
Editions BAYARD, Adolescence.
1997, vol 15, n° 2.

GOLSE B., GAREL P.

A propos de l'anorexie mentale: en corps et encore.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1984, 32(5-6), p 263-265.

GONTHIER G.

Le Rorschach pendant l'adolescence et les modifications évolutives: à propos de l'obésité et de l'anorexie mentale.
Bulletin de psychologie, 1984, Tome XXXIX, n° 376.

Grand dictionnaire de la psychologie.

LAROUSSE, Paris, 1991.

GREEN J.

L'homme et son ombre.
Editions du Seuil, Paris, 1941, 1991.

GRODDECK G.

Un problème de femme.
Editions MAZARINE, France, 1903, 1979.

GRODDECK G.

Du ventre humain et de son âme.
Nouvelle revue de psychanalyse, n° 3, lieux du corps.
GALLIMARD, 1933, 1971, p 211-247.

GRUNBERGER B.

Le narcissisme.
PAYOT, Paris, 1975.

GUEDJ N.

La place du chercheur. Son rôle thérapeutique in Mort subite du nourrisson: un deuil impossible ?
Monographies de la psychiatrie de l'enfant.
P.U.F, Paris, 1996, p 67-107.

GUELFY J.D.
Eléments de psychiatrie.
Editions médicales et universitaires, Paris, 1976, p 269-279.

GUELFY J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R.
Psychiatrie, P.U.F, France, 1994.

GUILLEMOT A., LAXENAIRE M.
Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture.
Masson, 1993.

GULL W.
Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica).
T Rans. Clin. Soc., 1874, 1: 22.

GUTTON Ph.
Identification à l'adolescence.
E.M.C., Paris, 1993, 37-213-A-30, p 1-4.

HAESEVOETS Y.H.
Adolescence, violence et passion.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1996, 44 (3-4), p 103-107.

HALMI K.A., GOLDBERG S., CASPER R.C., ECKERT E.D.,
DAVIS J.M.
Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa.
Br. J. Psychoatry, 1979, 134, p 71-78.

HALMI K.A., FALK J.R., SCHWARTZ E.
Binge-eating and vomiting = a survey of a college population.
Psychological Medicine, 1981, 11, p 697-706.

HARDY P., DANTCHEV N.
Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires, in troubles des conduites
alimentaires.
Confrontations Psy., Ed Specia, 1989, 31, p 133-163.

HELD R.R.

Le cercle vicieux psychosomatique dans la pathologie du cycle hormonal chez la femme.
In de la psychanalyse à la médecine psychosomatique.
PAYOT, Paris, 1968.

HERZOG D.B., KELLER M.B., LARORI P.W.

Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
J. Nerv. Ment. Dis., 1988, 176, p 131-143.

HERZOG D.B., PEPOSE M., NORMAN D.K., RIGOTTI N.A.

Eating disorders and social maladjustment in female medical students.
The journal of nervous and mental disease, 1985, vo 173, 12, p 734-737.

HEYMANN C., KAHN J.P., VIDAILHET C., LAXENAIRE M.

Quel devenir pour les anorexiques mentales et leurs enfants ?
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1993, 41 (5-6), p 303-308.

HORNEY K.

La psychologie de la femme.
PAYOT, Paris, 1971.

HUBER W.

La psychologie clinique aujourd'hui.
MARGADA, Bruxelles, 1987.

JANET P.

Les obsessions et la psychasthérie.
Paris, 1908, 3^{ème} édition.

JANOV A.

Le cri primal.
Flammarion, Paris, 1975.

JEAMMET Ph., BRECHON G., PAYAN C., GORGE A.,
FERMANIAN J.

Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins
4 ans après leur première admission.
Psychiatrie de l'Enfance, 1991, 34, p 381-442.

JEAMMET Ph.
Les maigreurs psychogènes et l'anorexie mentale.
Rev. Prat, 1982, 32, p 257-270.

JEAMMET Ph., JAYLE D., TERRASSE-BRECHON G., GORGE A.
Le devenir de l'anorexie mentale.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1984, vol 32, n° 2-3, p 97-113.

JEAMMET Ph.
Actualité de l'agir, à propos de l'adolescence. Les actes.
Nouvelle revue de Psychanalyse, 1985, 31, p 201-222.

JEAMMET Ph.
Conflits d'identifications.
Corps et dépression à l'adolescence, 1986, 4, 2, p 179-189.

JEAMMET Ph.
Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.
Valeur heuristique du concept de dépendance.
Confrontations psychiatriques, 1989, n° 31, p 177-202.

JEAMMET Ph.
Les destins de la dépendance à l'adolescence.
Revue Neuropsychiat. Enfance - Adolescena, 1990, 38, 1-2, p 190-199.

JEAMMET Ph.
Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie.
In: La Boulimie Nosographies de la revue française de Psychanalyse, 1991, p 81-104.

JEAMMET Ph.
Addiction - Dépendance - Adolescence - Réflexions sur leurs liens.
Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques.
In Venisse J.L., Ed. Les nouvelles addictions. Masson, Paris, 1991, p 10-29.

JEAMMET Ph.
L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1993, 41 (5-6), p 235-244.

JEAMMET Ph.

Dynamique de l'adolescence .

E.M.C, Paris, Psychiatrie, 1994, 37-213 A20, 1-8.

JEAMMET Ph.

Vicissitudes du travail de séparation de l'enfance à l'adolescence.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

1994, 42 (8-9), p 395-402.

JEAMMET Ph.

Les troubles des conduites alimentaires.

Soins Psychiatriques, n° 163, mai 1994, p 10.

JONES D.J., FOX M.M., BABIGIAN H.M., HUTTON H.E.

Epidemiology of anorexia nervosa.

In MONROE COUNTRY: 1960 - 1976, Psychosomatic Med, 1980, 42, 6, p 551-558.

KAGANSKI I., REMY B.

Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires.

Confrontations Psychiatriques, 1989, n° 3, p 203-232.

KENDELL R.E., HALL D.J., HAILLEY A., BABIGIAN H.M.

The epidemiology of anorexia nervosa.

Psychological Medecine, 1973, 3, p 200-203.

KERNBERG O. et Coll.

La thérapie psychodynamique des personnalités narcissiques.

P.U.F, France, mai 1995.

KESTEMBERG E.

L'identité et les identifications chez les adolescents.

Psychiatrie de l'enfance, 1962, 5, p 441-522.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.

La faim et le corps.

P.U.F., Paris, 1972.

KRCH F.D.

Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires en Tchécoslovaquie.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence.

1991, 39 (7), p 311-322.

KREISLER L.
L'enfant psychosomatique.
Que sais-je ?
P.U.F, Paris, 1976.

KREISLER L., FAIN M., SOULE M.
L'enfant et son corps.
Le Fil rouge, P.U.F, Paris, 1985.

LABARTHE M.C.
Troubles du comportement alimentaire, anorexie et boulimie.
Revue de l'infirmière, juillet/août 1995, n° 96, p 77-78.

LADAME F.
Adolescence et féminité: histoire d'une histoire.
In Adolescence, 1983, Tome 1, n° 2, p 217-235.

LAGACHE D.
Le travail du deuil.
Revue française de psychanalyse, 1938, X, 4.

LAGACHE D.
Lapsychanalyse.
Que sais-je, P.U.F, Paris, 15ème Edition, 1985.

LAPLANCHE J.
De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée.
Etudes freudiennes, 1986, 27, p7-25.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse, P.U.F, Vendôme, 1984, 1990.

LASEGUE Ch.
De l'anorexie hystérique.
Arch. Gen. Med., (1873-1979), 86, p 915-918.

LAUFER M., LAUFER M.E.
Adolescence et rupture du développement.
Le Fil Rouge, P.U.F, Paris, 1989.

LAXENAIRE M.

Anorexie et thérapies de groupe in addictions: quels soins ? par VENISSE JL et BAILLY D.

Médecine et psychothérapie, MASSON, fév 1997, p 216-225.

LECLAIRE S.

L'obsessionnel et son désir.

Evolution psychanalytique, 1959, 3, p 387.

LEDOUX S., DANTCHEV N., FLAMENT M., CHOQUET M.,
CLOT S., DANON N., LAGET J.

Changements pondéraux et image du corps chez les adolescents français avec perturbations alimentaires.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

1993, vol 41, n° 8-9, p 531-536.

LEDOUX S., CHOQUET M., FLAMENT M.

Eating disorders among adolescents.

In an unselected French population. Int. J. Eating Disord., 1991, 10, p 81-89.

LEONARD J.R.

Abord thérapeutique chez l'anorexique: la relaxation.

Journal des psychologues, septembre 1988, n° 6, p 29-31.

LESTRADE C., OLIVIER F., MORON P., SCHMITT L.

Conduites anorexiques et religion chrétienne.

Annales médico-psychologiques, 1997, 155, n° 4.

Le RUN J.L.

Anorexie mentale et passage à l'acte.

NERVURE, oct 1996, Tome IX, n° 7.

LEYENS J.P.

Sommes-nous tous des psychologues ?

Approche psychosociale des thérapies de la personnalité.

MARGADA, Bruxelles, 1983.

LIPPE D.

Troubles des conduites alimentaires et Idéal.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

1993, 41 (5-6), p 372-374.

LUCAS A.R., BEARD C.M., O'FALLON WM., KURLAND L.T.
The 50 Year trend in the incidence of anorexia nervosa.
In Rochester Minnesota in a population based study.
AM J. Psychiatry, 1991, 148, p 917-922.

MACLEOD S.
Anorexique.
AUBIER, Paris, 1981.

MAILLET J.
Histoires sans faim, troubles du comportement alimentaire: anorexie, boulimie.
Desclée de Brouwer, 1995.

MANNONI O.
FREUD.
Editions du Seuil, Bourges, 1968,1986.

MARCELLI D.
Une faim d'adolescence.
NERVURE, sept 1996, Tome IX, n° 6.

MARCELLI D., BRACONNIER A.
Psychopathologie de l'adolescent.
MASSON, 3ème édition, 1992.

MARINOV V.
Le style anorexique: entre l'opaque et le transparent.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.
Octobre 1997, n° 11, p 45-49.

MARTY P.
La dépression essentielle.
In Rev. Fr. Psychanal., 1966, 32, n° 3, mai-juin 1968.

MARSTERSON J.F.
Sur les traces de la triade borderline.
In: LADAME F., JEAMMET Ph. La Psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui,
Le Fil Rouge, P.U.F, Paris, 1986.

Mc DOUGALL J.
Théâtres du JE.
Gallimard, 1982.

Mc DOUGALL J.
Théâtres du corps.
Gallimard, 1989.

MEYER J.E., FELDMANN H.
Anorexia nervosa.
Proceeding of a symposium Göttingen, 24-25 April 1965, 6 thième Verlag.
Stuttgart, 1965.

MILLE C., DAROUX J.L., BOURGAIN A., LAURENT B.
L'anorexique et sa famille: ou l'esprit de corps à corps perdu.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1996, 44(11), p 555-559.

MORHAIN Y.
L'adolescence à l'épreuve du RORSCHACH.
Eds Hommes et Perspectives, Marseille, 1991.

NASSIKAS K.
Maigrir l'ennemi ?
Synapse, décembre 1986, n° 28, p 54-60.

PANKOW G.
L'homme et sa psychose.
AUBIER MONTAIGNE, 1973, 2ème édition.

PANKOW G.
Structure familiale et psychose.
AUBIER MONTAIGNE, 1977.

PERRON R.
La pratique de la psychologie clinique.
DUNOD, France, juin 1997.

PEYROT S.
Corps vécu, corps émotionnel: La thérapie morphoanalytique.
Le journal des psychologues, mai 1992, n° 97, p 28-30.

POINSO F.;VEDIE CH.; BATTISTA M.
L'anorexique, mystique des temps modernes.
Annales psychiatriques, 1994, 9, n°1, p 49-53.

POMMEREAU X.
Quand l'adolescent va mal.
Editions J.C LATTES, Mesnil-sur-l'Estrée, 1997.

RABOLINI C., SALVESTRONI A.
La répétition de l'hospitalisation: une dépendance.
Mémoire de D.E.A de Psychologie, 1993.

RAFFY A.
Corps réel et image du corps dans les psychoses.
L'information psychiatrique, mars 1996, n° 3, p 257-261.

RAIMBAULT G., ELIACHEFF C.
Les indomptables. Figures de l'anorexie.
Odile JACOB, Paris, 1989.

RANK O.
DON JUAN et le double.
PAYOT, Paris, 1973.

RAUSCH de TRAUBENBERG N.
La pratique du RORSCHACH.
Paris, 1981.

REICH W.
La fonction de l'orgasme.
L'ARCHE, Paris, 1970. (1927).

REICH W.
L'analyse caractérielle.
PAYOT, Paris 1973 (1933).

REUHLIN M.
Histoire de la psychologie.
Que sais-je, P.U.F, Paris, 13ème Edition, 1986.

REVAULT D'ALLONNES et Al.
La démarche clinique en sciences humaines.
DUNOD, France, 1989.

RICHARD F.
Psychothérapie des dépressions narcissiques.
P.U.F, France, 1989.

RICHARD F.
Transfert et contre-transfert dans les prises en charge multifocales.
In les fondements de la formation analytique de groupe.
Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, Edition ERES, 1993, p 167-182.

RODRIGUEZ - RENO Mary- Carmen.
"Il était une fois un corps".
TOPIQUE, 1984, vol 33, p 111-120.

RORSCHACH H.
Psychodiagnostic, 1947.

ROUX G.
Créativité et isolement thérapeutique de l'anorectique mentale.
Psychologie médicale, 1992, 24, 9: p 928-930.

RUBY M., SALEM I.
" Thérapies corporelles des psychoses" de POUS G.
Revue française de psychanalyse.
P.U.F, Paris, février 1996.

SAPIR M.
Soignant-Soigné: le corps à corps.
PAYOT, Paris, 1980.

SELVINI - PALAZZOLI M.
La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène.
Une étude transactionnelle.
Actualités psychiatriques, 1982, 12 (1), p 15-25.

SENSFELDER B., JEHANNO P.
Fantasme maternel et anorexie.
Journal des psychologues, septembre 1988, n° 60, p 22-23.

SERRANO J.A., JETTEN P., CORNU G., CHARLIER D.

Prise en charge intégrée des pré-adolescentes et des jeunes adolescentes anorexiques.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1996, 44(8), p 352-361.

SIBERTIN-BLANC D.

Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence.
Psychiatrie, la revue du praticien.
Paris, 1996, 46, p 2255-2264.

SILVERSTEIN B., PERDUE L., PETERSON B., VOGEL L.,
FANTINI D.

Possible causes of the thin standard of bodily attractiveness for women.
International journal of eating disorders, 1986, 5,5, p 907-916.

SPITZ R.

De la naissance à la parole.
P.U.F, Paris, 1968.

SOURS J.A.

Starving to death in a sea of objects. The anorexia nervosa syndrome.
Jason Aronson, New-York, 1980.

SUEMATSU H., ISHIKAWA H., KUBOKI T., ITOH T.

Statistical studies on anorexia nervosa in Japan: detailed clinical data on 1011 patients.
Psychother. Psychosom, 1985, 43: p 96-103.

SZMUKLER G

The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia.
J. Psychiat. Res., 1985, 19, 2-3, p 143-153.

THEANDER S.

Anorexia Nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients.
Acta. Psychiat. Scand., 1970, suppl 214.

THEANDER S.

Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a swedish long term study.
J; Psychiat. Res., 1985, 19, p 493-508.

THOUZERY-LORAS C.

D'un regard où il est question d'anorexie mentale.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.
1984, 32 (5-6), p 267-279.

TILMANS - OSTYN E.

" L'anorexie à travers les âges et les générations: Approche familiale".
Revue internationale d'associations francophones.
Thérapie familiale, vol XVI, 1995, n° 4, p 415-421.

TORT M.

Le quotient intellectuel.
Cahiers libres, Paris, 1975, p 266-267.

VALABREGA J.P.

L'anorexie mentale. Symptôme hystérique et symptôme de conversion.
L'inconscient. P.U.F, Paris, 1967, n° 2.

VALABREGA J.P.

Problèmes de théorie psychosomatique.
E.M.C, Paris, 1966, 37400C 10.

VALERE Valérie.

Le papillon des enfants fous.
Autobiographie. Editions STOCK, 1978.

VENISSE J.L., SANCHEZ-CARDENAS M., EMERY R.P.

Corps et addiction.
Annales Psychiatriques, 1992, 7, n° 1, p 14-17.

WIDLÖCHER D.

Le cas au singulier.
Nouvelle revue de psychanalyse, 1990, p 287-302.

WILTZER P.

Approche analytique de l'anorexie mentale.
Psychologie médicale, 1985, 17, 3: p 369-371.7.

YELNIK C.

" Le corps pour le psychotique: un espace à réinvestir ".
La psychiatrie de l'enfant, P.U.F, Paris, 2, 1988, vol XXXI.

ANNEXE

PROTOCOLES PROJECTIFS DE CATHERINE.

1) TEST DE RORSCHACH

| | REPONSES | ENQUETE | COTATION |
|----|---|--|---|
| 1) | 5" Λ un masque ou un papillon 24" $< V > \Lambda$ | l'ensemble, plus avec des espèces de cornes, les yeux (bl central), pas un masque de carnaval mais dans un film d'horreur. l'ensemble. | G DBL F+ OBJ --->CLOB ou G F+ A BAN |
| 2) | 30" $\Lambda < V \Lambda > \Lambda V$ je ne sais pas ... un trou avec ... la terre ... comme du sang 56" | trou = blanc central terre = noir sang = rouge * ou comme un volcan avec de la lave autour | EQ CHOC CHOC au TROU DBL / D F+ ELEM DC Sang CHOC R |
| 3) | 5" V une grenouille avec un flot sur le corps $\Lambda V > V$ ou une bête à quatre pattes | noir + rouge central noir + rouge central * j'ai précisé une grenouille * les articulations ---> noir extérieur les yeux ---> noir intérieur (?) * oui, deux personnes dans le noir, deux personnes face à face appuyées chacune sur quelque chose | D F+A DF+VET BAN ---> CONTAM ou DF +/- A |
| 4) | 24" $V > V > \Lambda$ un monstre avec des grands pieds 44" | l'ensemble * là les pieds, là les yeux et les espèces de bras | G FCLOB (H) |

| | | | |
|-----|--|--|------------------------------------|
| 5) | 6" < V Λ un papillon 15" | l'ensemble Λ V > Λ V | G F+ A BAN |
| 6) | 4" Λ là on croirait une peau de brebis < Λ comme une tête de chat 29" | G - pointe la pointe un chat ou un loup comme dans les dessins animés. | G FE A BAN D F+ Ad CHOC SYMB |
| 7) | 27" V < Λ > < Λ on croirait deux choses face à face comme sur une balance 49" | l'ensemble par exemple, deux personnes qui se regardent comme s'il y avait une glace entre ..., comme l'autre de tout à l'heure (cf planche III) | G K H |
| 8) | 19" V < Λ on croirait deux animaux < V > Λ V > Λ V Λ par rapport à différentes échelle, comment expliquer? différentes choses, différents échelons. 53" 29" V < Λ V > Λ < Λ | rose * pas un ours, c'est plus gros, pas une souris non plus, c'est trop petit, pas une taupe, c'est pas si haut, comme un petit mouton. l'ensemble | D F+ A BAN Rem |
| 9) | on croirait comme des yeux là, cachés par des tâches. 57" | blanc central + l'ensemble comme un crâne | DDBL F+ Ad yeux |
| 10) | 30" Λ V < Λ V Λ les cheveux, les yeux, le front, la moustache, le nez, les paupières Λ le bleu et le vert donnent le jaune, les autres le vois pas 1'12 | rose + intérieur | DDBL F- Hd yeux Cn |

CHOIX DES PLANCHES AIMEES ET NON-AIMEES.

(a beaucoup de mal à faire un choix, les scinde en deux tas) ---> réitération de la consigne.

Choix + * pl 5 = le papillon c'est l'été, la chaleur.

* pl 9 = l'animal avec les différentes étapes de la vie, c'est important, l'adolescence ... on est bébé, on commence après à manger, marcher ... école.

* pl 10 = les différentes couleurs, chacun sa personnalité.

Choix - * pl 2 = le trou, ça fait cimetièrre, ... sinistre.

* pl 4 = c'est pas que j'aime pas, mais irréel ... c'est pas quelque chose qu'on va rencontrer, ça peut être marrant comme triste.

* pl 9 = les couleurs, ça va mais c'est les yeux et le crâne, c'est la peur.

2) RORSCHACH: PSYCHOGRAMME.

| | | |
|-----------|------------|----------|
| R = 15 | F% = 73,3 | AK / OΣC |
| T = 14mns | F+% = 81,8 | OK / 1ΣE |
| G = 6 | A% = 53,3 | RC% = 20 |
| D = 8 | H% = 13,3 | BAN = 5- |

3) RORSCHACH: PROCEDURE ASSOCIATIVE.

1) Masque: carnaval et film d'horreur

Papillon: voler, liberté, gaieté.

2) Trou, terre, sang: malheur, profondeur.

Volcan: éclat, tremblement.

3) Grenouille: elle coasse, vert.

Articulation: le corps, les bras, les jambes.

Deux personnes face à face: égalité, ressemblance.

4) Monstre: (rit) irréel, je sais pas ...

5) Papillon: comme tout à l'heure, une fleur aussi.

6) Peau de brebis: c'est frisé, l'animal, pas malheureux mais ... d'avoir ça chez soi, une peau d'un animal.

Tête de chat: poils, moustaches, souris aussi.

Tête de loup: le loup et le mouton, la brebis, le roi de la forêt, les loups vont après les brebis pour les manger.

7) Les personnes et la glace: séparation et la même image pour l'un et pour l'autre.

8) Petit mouton: sa mère ... de l'espace, un abri, manger, qui a besoin de sa mère pour se nourrir.

Différents échelons: une étape de difficultés, de différences, une difficultés croissante ou les étapes de la vie.

9) Yeux: la couleur, la vue, important, la beauté du visage.

Crâne: cheveux, l'horreur.

10) Visage: rond, rouge, expressif.

Mélange des couleurs: chacun a son propre visage, sa propre expression.

4) THEMATIC APPERCEPTION TEST.

Pl 2) 12"

C'est la culture avec les chevaux, la charrue ... il faut que je dise ce que je pense de chaque personnage ... la fille, on croirait qu'elle est étudiante ... la femme elle regarde le soleil ... elle est enceinte ou elle est grosse ... je sais pas ... elle a l'air fatiguée 1'16.

Pl 5) 14"

Une femme ... soit qui entre dans une pièce pour appeler quelqu'un, soit qui écoute à la porte ... 40".

Pl 6GF) (Souffle) ... 13"

Une femme surprise par l'arrivée d'un homme ... 39".

Pl 7GF) (Souffle) ... 11"

Une fille qui est avec la femme de chambre ou la bonne qui est en train de lui parler... elle, elle en a rien à faire ... 41".

Pl 9GF) (Souffle) ... 14".

Une fille euh ... qui part et l'autre qui l'espionne ou deux filles qui partent ensemble à l'école ... non non la plus haute pas une femme de chambre, quelque chose comme ça ... une bonne ... qui s'occupe d'elle, soit qui la guette ou va ... la voir pour lui dire qu'elle a oublié quelque chose.

Pl 11) (Grimace) ... 13".

Une cascade avec des pierres là on croirait comme des oiseaux ... là un trou avec je sais pas quoi en sort ... un dragon avec des palmes aux pieds.... 1'01

12F) (Souffle) ...10".

Une jeune femme avec une vieille femme, toute laide ... on peut croire à une sorcière et là une jeune femme ... l'autre avec un visage tout boursoufflé ... 1'02

? elle pourrait peut-être commander la jeune, la commander ou lui faire du mal.

19) 3" Alors là ... (53") ...

On croirait comme de la neige ... là des fenêtres ... de la glace ... des formes de glace ... 1'25

16) 29"

Ça peut-être n'importe quoi? ... quelque chose qui s'est déjà passé? ... je sais pas ... Ca peut-être quelque chose de bien ou de pas bien? je ne vois pas ... la première chose qui me passe par la tête ... samedi soir nous sommes allés au bal avec B. et P., avec une fille et un copain ... 3'10

PROTOCOLES PROJECTIFS D'ANNE

1) TEST DE RORSCHACH

REPONSES ENQUÊTE COTATION

| | REPONSES | ENQUÊTE | REM | COTATION |
|----|---|---|--|----------|
| 1) | Je dois dire ce que je pense? 7" ^ On dirait un squelette 18" | l'ensemble | G F - ANAT | |
| 2) | 11" ^ le rouge évoque le sang, et le sang, ça fait triste. 30" | rouge | CHOC R D C Sang --> CLOB | |
| 3) | 4" ^ deux personnages près d'un feu c'est pas réjouissant tout ça, elles ne sont pas gales vos planches, c'est lugubre. 31" | noir enq: et la marmite et les flammes rouges | G K C H BAN --> CLOB | |
| 4) | 6" ^ ça m'évoque de la tristesse, le noir, tristesse et peur 19" | l'ensemble enq: une bête rampante peut être un scarabé un truc comme ça. | G C' ABS --> CLOB | |
| 5) | 1' ^ un papillon noir ou une chauve souris, quelque chose de moche, qui fait peur 21" | l'ensemble l'ensemble l'ensemble | G FC' A BAN ou G F+ A BAN G CLOB ABS | |
| 6) | 11" (souffle) c'est la tristesse la flèche qui monte vers le ciel une partie du corps, le torse qui monte vers le ciel 11" | l'ensemble partie supérieure extérieure l'ensemble moins la partie supérieure | G CLOB ABS D KOB OBJ D KP-ANAT | |

CHOIX DES PLANCHES AIMEES ET NON AIMEES.

Choix + * pl 9 = la renaissance, mon corps qui regrossit

* pl 10 = le renouveau

Choix - * pl 2 = à cause du sang comme si on était frappé.

* pl 6 = ça m'évoque la mort, la flèche qui monte vers le ciel.

2) RORSCHACH: PSYCHOGRAMME.

R = 15 F = 13,3 AK / 8,5 ΣC

T = 11 mns F+% = 50 4K / 0ΣE

G = 10 A% = 13,3 RC% = 26,6

D = 5 H% = 6,6 BAN = 3.

3) RORSCHACH: PROCEDURE ASSOCIATIVE.

1) Je pense à moi ...

2) Le sang: la peur, la maladie ... frapper, comme si on était battu.

3) Les deux personnages, mes parents ...

4) La bête rampante = quelque chose qui bouffe, qui mange.

5) Le papillon noir comme la chauve souris, c'est pareil, la peur dans la nuit, j'ai peur la nuit.

6) La flèche qui monte: la mort.

Le torse: la mort aussi.

7) Oui, une cassure, mais dans quel sens ? ... je ne sais pas ... si c'est dans le bon sens ou dans le mauvais sens ... ou la guérison ou la non-guérison.

8) La renaissance, c'est revivre, être autre chose que ce qui était avant.

Les rats: ça me fait penser que je vais m'en sortir, mais c'est comme si quelque chose m'en empêchait, comme si j'étais encore bouffée à l'intérieur, quelque chose ou quelqu'un, mon mari.

9) Les omoplates, oui, la vie ...

10) " T'as réussi à t'en sortir, tout est fini, c'est reparti " ... fini ... c'est ... la maladie, la dépression, les soucis, la solitude.

4) THEMATIC APPERCEPTION TEST.

2) 4" Une femme triste (celle du premier plan) et le monsieur derrière qui lui tourne le dos, il la délaisse, un abandon du monsieur face à la fille ... celle-là (la femme au second plan) ... je vois pas ... celle-là ne m'évoque rien ..., si peut être ma belle-mère qui a encore de l'emprise sur son fils ... la jeune femme se serait moi et mon mari qui me tourne le dos. 40"

5) 7" La, ça m'évoque moi qui cherche quelque chose et qui ne trouve pas. 25"

7GF) 10" Ma mère et moi, ... non, c'est pas moi, c'est ma soeur ... c'est ma soeur avec ses grands cheveux ... je sais pas ... rien. 58"

9GF) 10" Ca m'évoque deux soeurs car elles se ressemblent, il y en a une qui court après l'autre car elle lui a pris quelque chose. 37"

? l'affection de mes parents

11) 2" Alors là, rien ... je sais pas ce que c'est ... c'est le néant. 16"

(?) peut-être un gouffre avec des pierres au fond, c'est pas beau, j'aime pas.

12F) 5" C'est deux femmes, dont une mégère, une sorcière derrière, l'autre une belle femme mais qui sera bouffée par la sorcière ... qui réfléchit au mal quelle pourrait lui faire. 39"

16) 5" Ca peut m'évoquer moi, ma famille ? le blanc évoque la clarté, pour le moment c'est pas pour moi, c'est le souci, la déprime ... avec la clarté, j'aimerais que revienne le bonheur, la vie ... 1'05

19) 10" ça c'est des tâches, comme un tableau, ça n'a aucune signification ... elle m'inspire pas du tout celle-là.

Au choix +, pl 16 : " ça m'évoque l'espoir d'être guérie, de refaire ma vie, le blanc évoque le mariage, le bonheur ... il y en aurait eu une noire, je la mettais dans l'autre ".

Au choix -, pl 11 : Le gouffre, la chute.

pl 9GF : on m'a pris quelque chose, je cours après quelque chose qu'on m'a pas donné (?) de l'affection, mes parents.