

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES
FACULTE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES
ET DE L'EDUCATION

**Mémoire de DEA en sciences psychologiques
et de l'éducation**

Eléments pour une clinique différentielle
de l'anorexie
à travers le stade du miroir

Présenté et soutenu par :
Serafino MALAGUARNERA

Sous la direction de :
Monsieur le Professeur Philippe FOUCHET

Année Universitaire 2006 - 2007

Table des matières

Premier chapitre

1. Introduction : formulation des hypothèses.....	2
2. Historique.....	4
3. La problématique de l'image du corps.....	7
3.1. La problématique de l'image du corps et les facteurs de risque.....	10
3.2. La problématique de l'image du corps et les critères diagnostiques.....	10
3.3. La problématique de l'image du corps : conclusion.....	11
4. Les apports psychanalytiques.....	12
4.1. L'anorexie au regard de l'hystérie.....	12
4.2. Les références à la dépression mélancolique.....	14
4.3. L'anorexie vue comme une structure spécifique.....	15
4.4. L'anorexie au regard des psychoses.....	16
4.5. L'anorexie envisagée comme une conduite addictive.....	17
5. Conclusion.....	18

Deuxième chapitre

1. Introduction.....	21
2. Le stade du miroir.....	21
2.1. Identification symbolique.....	25
3. Développement des hypothèses : introduction.....	26
3.1. Cas d’anorexie se situant dans un contexte psychopathologique psychotique.....	28
3.2. Cas d’anorexie se situant dans un contexte psychopathologique hystérique.....	34
4. Conclusion.....	37
Bibliographie.....	40

Premier chapitre

1. Introduction : formulation des hypothèses

Nous avons choisi l'anorexie comme domaine d'étude et de recherche. Avant les années soixante, cette pathologie était peu connue par le public et les médecins. Elle constituait essentiellement un objet de publication des psychiatres et des endocrinologues. C'est seulement à partir des années soixante que l'anorexie attire l'attention des cliniciens. Depuis, cette pathologie s'est répandue de manière considérable, le mot « anorexie » est devenu familier au public et tant les publications que les théories se sont multipliées. Les apports de différents domaines de recherche ont proliféré et se sont enrichi à tel point qu'il apparaît difficile, de nos jours, de concevoir de nouveaux éclairages. Dans un ouvrage récent, Ph. Jeammet propose dans son introduction les réflexions suivantes : « *Que peuvent dire les psychanalystes concernant l'anorexie mentale qui n'ait pas déjà été dit et souvent bien dit ? Un grand nombre d'articles étrangers mais aussi français lui ont été consacrés ainsi qu'à son autre face, la boulimie...Tous ces travaux demeurent d'actualité. On ne peut pas dire que les derniers rendent caducs les précédents. Chacun apporte un éclairage complémentaire et se démarque par l'élaboration psychopathologique ou par l'accent mis sur tel ou tel aspect de la clinique ou du soin* »¹. En prenant acte de ces considérations, nous voudrions proposer un éclairage complémentaire à l'aide du stade du miroir qui se veut en continuité, et non pas en rupture, avec les recherches précédentes. Plus précisément, nous voudrions répondre aux deux questions posées par Ph. Jeammet à l'introduction de son ouvrage «L'anorexie mentale» : « *S'agit-il d'un trouble relativement isolé des conduites alimentaires ou d'une pathologie beaucoup plus diffuse de la vie sexuelle et des relations objectales ? Faut-il la considérer comme une entité morbide qui mérite d'être individualisée, expression d'une pathologie*

¹ Birot E., Chabert C., Jeammet Ph. et al. *Soigner l'anorexie et la boulimie – Des psychanalystes à l'hôpital*. Paris : PUF, 2006, pp. 3-4.

spécifique de la personnalité ou comme un trouble du développement qui s'inscrit dans des contextes psychopathologiques très divers ?² ».

Pour la première question, nous aborderons l'anorexie comme une pathologie concernant essentiellement la dynamique pulsionnelle et les relations objectales. Nous mettrons surtout l'accent sur le corps et son image spéculaire, qui sont par ailleurs à la base de la vie sexuelle et des relations objectales. Concernant la deuxième question, nous envisagerons l'anorexie comme l'expression d'un trouble du développement qui s'inscrirait dans des contextes psychopathologiques divers. Dans le cadre de ce travail de DEA, nous prendrons en compte essentiellement deux contextes psychopathologiques, notamment le domaine des névroses et des psychoses. C'est la raison qui nous conduit à proposer une démarche visant à établir une clinique différentielle de l'anorexie. Pour ce faire, nous nous emploierons à repérer les premiers éléments de partage entre ces deux contextes psychopathologiques. Le stade du miroir sera notre outil théorique à partir duquel nous dégagerons ces premiers éléments.

Dans ce premier chapitre, nous nous fixerons l'objectif de présenter, préciser et motiver ces premières hypothèses. Pour ce faire, il nous sera utile, et quelque fois nécessaire, de parcourir les moments cruciaux de l'histoire des idées et les théories concernant l'anorexie. Au deuxième chapitre, nous développerons ces hypothèses à l'aide d'un outil théorique issu des apports psychanalytiques de J. Lacan, à savoir le stade du miroir. Au début de ce deuxième chapitre, nous prendrons le temps d'expliquer cet outil théorique et, par la suite, nous montrerons son utilité théorique et méthodologique dans cette démarche visant à établir une clinique différentielle de l'anorexie.

Nous allons maintenant présenter un bref historique de l'anorexie. Deux raisons nous conduisent à le proposer. D'une part, il est toujours intéressant pour le lecteur d'avoir une introduction historique sur un thème qui doit être approfondi. D'autre part, et c'est la raison principale, nous y voyons une première occasion pour montrer que la problématique de l'image du corps – notion essentielle dans notre recherche – a été mise en évidence dès les premières découvertes sur l'anorexie.

2. Historique

Bien que le mot anorexie³ fasse son apparition dans le domaine médical en 1584, les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale commencent à partir du XVII^{ème} siècle.

² Jeammet Ph. *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Editeurs, 1985, p. 2.

³ Du grec « anorexia », 'an' priv., gr. Orexis appétit, manque d'appétit.

Nous avons en 1669 la description de la « consommation nerveuse » de R. Morton⁴, et en 1789 celle de la « maladie nerveuse avec dégoût des aliments » de Nadaud⁵. Les descriptions de R. Morton⁶ nous donne déjà un tableau clinique détaillé de l'anorexie mentale: manque apparent d'appétit, refus de nourriture, aménorrhée, hyperactivité, constipation et cachexie. Cependant, l'anorexie mentale comme entité clinique se constitue seulement à partir des travaux de Ch. Lassègue⁷ en 1873 et W. Gull⁸ en 1874. Lassègue propose le terme de « Inanition hystérique » pour nommer cette pathologie qu'il considère comme une anomalie intellectuelle, un trouble centrale et héréditaire avec refoulement d'un souhait plus ou moins conscient. Gull⁹ est le premier à proposer le terme « Anorexie nervosa » décrit comme un état morbide causé par des troubles centraux et héréditaires. Quelques années plus tard, le terme « Anorexie mentale » est proposé pour la première fois par Ch. Huchard¹⁰ qui pose, en outre, une distinction entre anorexie gastrique et anorexie mentale. En 1895, Freud se penche aussi sur l'anorexie et propose un rapprochement entre mélancolie et anorexie¹¹.

En 1908, Gille de La Tourette¹² et P. Janet¹³ soulignent l'importance de la perception du corps chez les anorexiques. La Tourette soutient que les patientes souffrent d'un refus d'appétit plutôt que d'un manque d'appétit. De plus, il souligne la présence d'un trouble de la perception du corps et de la nourriture. Il pose, en outre, une distinction entre le refus de nourriture de l'anorexie mentale, qui serait relatif, et le refus de nourriture du psychotique, qui serait absolu. Dans l'observation du cas Nadia, Janet relève une obsession de la honte du corps, d'où l'origine névropathique du trouble de l'alimentation dans l'anorexie mentale, et soutient l'idée que la crainte de l'embonpoint est liée à la honte du corps.

Jusqu'en 1914, la plupart des cliniciens partage l'idée qu'il y aurait des causes psychologiques à l'origine de l'anorexie. Mais suite à la publication de Simmonds¹⁴ en 1914, qui explique que les détériorations de la glande pituitaire antérieure sont liées à la cachexie, l'anorexie est considérée en termes endocriniens par la plupart des médecins au cours des

⁴ Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983, p. 14.

⁵ Op. Cit., p. 14.

⁶ Cf. Brusset B. « *L'anorexie mentale des adolescents* » in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Volume 2, Paris : PUF, 2004, p.1693-1711.

⁷ Decourt J. « *L'anorexie mentale au temps de Ch. Lassègue et de W. Gull* ». Presse Méd., 1954, 62, 16, p. 355-358.

⁸ Ibid.

⁹ Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983, p. 14.

¹⁰ Ibid.p. 14.

¹¹ Freud S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956, p. 93.

¹² Cf. Jeammet Ph. *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Editeurs, 1985, p. 3.

¹³ Cf. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod, 1998, p.2.

¹⁴ Cf. Jeammet Ph. *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Editeurs, 1985, p. 3.

deux ou trois décennies suivantes. Cette publication engendre un débat entre l'organogenèse et la psychogenèse qui s'estompe avec la description de Sheehan¹⁵ de la nécrose hypophysaire du post-partum en 1937. Aujourd'hui, ce débat a été repris par certaines conceptions psychosomatiques sous des termes différents. Dans les années cinquante, il y a un retour massif des conceptions psychologiques de l'anorexie mentale. Les différentes formes de méthodes psychothérapeutiques, telles que la phénoménologie, la psychanalyse, l'approche comportementale et l'approche systémique apportent leurs contributions à l'échafaudage théorique concernant l'anorexie mentale. Avant les années soixante, l'histoire nosographique de cette pathologie est marquée par le développement d'études psychopathologiques restées sous l'influence du modèle de la névrose et, à un moindre degré, de la psychose. A partir des années soixante, il y a un développement des critères de diagnostic de l'anorexie au niveau de la présentation clinique et des études de l'organisation structurale de cette pathologie. Les critères d'évaluation ne prennent plus seulement en compte l'évolution des symptômes mais aussi les facteurs relationnels et de la personnalité.

En 1965, à Göttingen se tient le symposium sous la direction de J. E. Meyer et H. Feldmann qui représente une occasion pour d'importantes contributions¹⁶ de H. Bliss, C. Branch, H. Thoma, S. Palazzoli, H. Bruch. Ce symposium est considéré comme un tournant dans la conception psychopathologie de l'anorexie mentale. Indépendamment de la diversité des conceptions psychopathologiques des participants, il y a trois conclusions communes partagées par les participants qui sont les suivantes :

- l'anorexie mentale a une structure spécifique ;
- le conflit essentiel se situe au niveau du corps et non pas au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies ;
- elle exprime une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles propres à la puberté.

De ce bref parcours historique, nous retiendrons l'importance de la problématique de l'image du corps chez les anorexiques mise en évidence par plusieurs auteurs. Deux décennies seulement après l'apparition de l'anorexie comme entité clinique, Gille de La Tourette ne se limite plus à mettre uniquement l'accent sur l'appétit, mais aussi sur le corps, en soutenant que l'anorexique présente un trouble de la perception de leur corps. Dans cette même lignée de la compréhension de l'anorexie, P. Janet rattache la crainte de l'embonpoint avec une obsession de la honte du corps. Malgré ces tentatives d'amener des notions concernant le

¹⁵ Ibid., p. 3.

¹⁶ Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983, p. 14.

¹⁶ Ibid., p. 32.

corps au profit de la compréhension de l'anorexie, la nourriture restera encore au centre des recherches. Cependant, à partir des conclusions du symposium de Göttingen de 1965, il y aura un déplacement de l'intérêt de la recherche vers les phénomènes concernant les relations avec le corps. A partir de ce que nous venons de relever de ce bref parcours historique, il nous semble pertinent de poursuivre d'une manière plus ciblée une enquête sur d'autres apports théoriques qui ont mis en évidence la problématique de l'image du corps chez les anorexiques.

3. La problématique de l'image du corps

En 1973, H. Bruch¹⁷ considère l'anorexie essentiellement comme un trouble de l'image du corps provoqué par des perturbations de la perception intéroceptive. Ces perturbations, qui se manifesteraient par une incapacité à reconnaître les sensations et les besoins du corps, seraient consécutives à des attitudes pathogènes de la mère. Celle-ci répondrait à toute demande affective de l'enfant par l'alimentation et, en conséquence, lui empêcherait de percevoir ses besoins réels tels que la faim, la fatigue, le sommeil, etc. Ce vécu pouvant perturber les capacités concernant la reconnaissance des perceptions intéroceptives provoquerait une fragilité de la délimitation du moi et un défaut de la construction de l'image du corps. En 1990, H. Bruch confirme les trois caractéristiques principales de l'anorexie mentale énoncées auparavant, notamment la perception presque délirante du corps - trouble de l'image du corps -, la confusion des sensations corporelles et un sentiment exagéré d'inefficacité. Bien qu'elle soutienne encore ces trois aspects, elle aurait tendance à les considérer comme l'expression d'une idée de soi défectueuse, la crainte d'un vide intérieur et la peur d'avoir quelque chose de mauvais en soi¹⁸.

Les relations pathologiques que l'anorexique entretient avec l'image du corps ont été aussi mises en avant par la perspective cognitivo-comportementale, selon laquelle l'anorexie serait liée à une déficience des processus de maîtrise face aux nouvelles demandes de l'adolescence. Dans une société qui valorise l'apparence, la perception négative du corps et la peur d'être grosse susciteraient des sentiments d'autoévaluation, d'inadéquation et d'incompétence. En 1985, S. Orbach¹⁹ considère que les magazines féminins présentent les régimes et le contrôle du poids comme une solution aux difficultés d'adaptation et à la crise de l'adolescence. La volonté de maigrir serait alors une conduite d'évitement qui permettrait à l'adolescent de faire

¹⁷ Bruch H. *Les yeux et le ventre : l'obèses, l'anorexique et moi dedans*. Paris : Payot, 1975.

¹⁸ Bruch H. *Conversations avec des anorexiques*. Paris : Payot, 1990.

¹⁹ Orbach S. « *Accepting the symptom : A feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa* » in : Garner D. M., Garfinkel P. E. (eds). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p.83-104.

face à une situation angoissante d'échec d'adaptation. Branch et Eurman²⁰ proposent que l'amaigrissement susciterait également des renforcements positifs externes et internes, produits habituellement au sein de l'entourage familial et social sous forme d'encouragements. A partir d'un questionnaire visant à analyser les attitudes de la famille et des amis, ils ont observé que l'acceptation et l'approbation étaient évoquées le plus souvent, et que l'anorexique était fréquemment jugée attractive, enviée ou admirée.

Toujours selon une perspective cognitivo-comportementale, P. Slade²¹ développe un modèle de l'anorexie mentale basé sur le paradigme de l'analyse fonctionnelle. Comme pour tout comportement, il définit la symptomatologie anorexique par deux ensembles de variables : les événements antécédents et les événements conséquents. Selon cet auteur, l'anorexie serait le résultat d'un manque de stratégies pour faire face aux perturbations émotionnelles. Slade propose que la perte de poids initiale serait un événement qui renforcerait et maintiendrait le jeûne ou les comportements compensatoires tels que l'exercice physique, les purges, etc. Suite à une perte initiale de poids, l'anorexique serait captivé par ce succès et lui donnerait une importance exagérée qui se manifesterait par une perception surévaluée de l'image du corps. Le jeûne serait alors un comportement pour éviter cette pénible perception qui viendrait ainsi renforcer négativement le comportement problématique. Le modèle de Slade pose surtout le besoin de contrôle au centre de l'anorexie mentale et de son maintien²². Ce besoin se manifesterait au travers d'une restriction alimentaire qui serait renforcée positivement par les sentiments de succès résultants et négativement par la crainte de la prise de poids. Le succès consécutif à la perte du poids aurait une fonction renforçatrice lorsque l'anorexique a le sentiment de vivre plusieurs échecs ou de ne pas avoir le contrôle sur les événements de la vie. Bien que ce modèle prenne en compte la forme du corps et le poids, ces paramètres ne sont pas mis au centre de l'anorexie. En 1985, D.M. Garner et al.²³ poseront ces paramètres au centre de leur modèle cognitif. Selon ces auteurs, la plupart des comportements observés chez les anorexiques seraient le résultat de croyances, d'attitudes et de suppositions concernant la signification du poids corporel, et les facteurs renforçateurs conforteraient la croyance de la patiente selon laquelle il est absolument nécessaire d'être mince. Gouvernées par des impératifs internes d'évitement, les anorexiques deviendraient de moins en moins susceptibles de prendre en compte les informations ou expériences qui mettraient en doute leur système de

²⁰ Branch C. H., Eurman K. J. « *Social attitudes toward patients with anorexia nervosa* ». American Journal of Psychiatry, 1980, 137, p.631-632.

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

²² Cf. Fuso S. *Mémoire de fin d'études : Les fonctions de maintien de l'anorexie mentale : construction et validation d'un questionnaire d'auto-évaluation*. Université Libre de Bruxelles, 2003.

²³ Garner D.M., Bmis K.M. « *Cognitive therapy for anorexia nervosa* » in : Garner D.M., Garfinkel P.E. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p. 107-146.

croyances. En 1993, Garner²⁴ propose un modèle qui présente les troubles alimentaires comme un trouble multidéterminé. Le contrôle du poids serait, selon cet auteur, le meilleur moyen de s'auto-évaluer, de juger la valeur et l'efficacité des actions.

En 1993, le modèle cognitif de Vitousek et Ewald²⁵ accorde une place centrale aux processus d'information, à la représentation de soi, aux variables de personnalité et à la motivation des patients. Selon ces auteurs, les symptômes alimentaires seraient maintenus par un ensemble d'idées surestimées concernant la forme corporelle et le poids. Ces idées seraient provoquées par l'interaction de caractéristiques individuelles stables - comme le perfectionnisme et l'ascétisme - et les difficultés dans la régulation des affects associés à des idéaux socio-culturels concernant la beauté de la femme. Selon ce modèle, il y aurait chez les anorexiques une distorsion entre la représentation mentale et l'apparence réelle du corps. Les sujets auraient tendance à avoir une représentation négative de leur physique, ce qui entraînerait des sensations d'insatisfaction par rapport à ce corps ou à une partie de celui-ci. Il arrive, en outre, que des anorexiques se perçoivent comme beaucoup plus grosses qu'elles ne le sont réellement en considérant leurs déformations de sensations comme une réalité alors qu'il s'agirait d'une erreur de pensée ou d'une distorsion cognitive²⁶. Le thème de la surestimation du poids a fait l'objet de plusieurs recherches. Whitehouse et al.²⁷ ont utilisé une méthode qui permet de modifier une image télévisée du corps en l'élargissant ou en la rétrécissant et l'adolescente doit indiquer quand l'aspect réel est atteint. Ils ont constaté l'absence de différence entre la moyenne des réponses des anorexiques et du groupe de contrôle. Une surestimation marquée du volume du corps serait rare et, en général, les anorexiques auraient conscience de leur minceur, mais elles se sentiraient grosses. Selon ces auteurs, la peur d'être grosse renverrait plutôt à une dépréciation de l'image du corps ou à un mécanisme dysmorphophobique qu'à un trouble de la perception du corps.

²⁴ Garner D.M. « *Psychoeducational principles in treatment* » in : Garner D.M., Garfinkel P.E. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1997, p. 145-177.

²⁵ Vitousek B.K., Ewald S.L. « *Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective* » in : Segal Z.F., Blatt S.J. *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York : The Guilford Press, 1993, p. 221-257.

²⁶ Apfelbaum-Igoïn L., Ceulemans V., Charlier D. et al. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitements*. Bruxelles : Editions De Boeck, 1996.

²⁷ Whitehouse A.M., Freeman C. O. L., Annandale A. « *Body size estimation in anorexia nervosa* ». *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, p. 23-26.

3.1. La problématique de l'image du corps et les facteurs de risque

A partir de plusieurs recherches, la problématique de l'image du corps a été insérée parmi les facteurs de risque. Une étude longitudinale²⁸ de 1100 adolescents sans troubles de comportement alimentaire a évalué les facteurs de risque de l'apparition d'un de ces troubles au cours d'un suivi de trois ans. Pendant ce suivi, 2.9% des sujets ont développé un trouble du comportement alimentaire. La préoccupation corporelle et la pression sociale ont été les seuls prédicteurs significatifs de l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire. Plusieurs enquêtes récentes montrent une problématique de l'insatisfaction corporelle auprès des adolescentes, qui représente la population la plus à risque d'une atteinte d'un trouble de comportement alimentaire. Une étude²⁹ de plus de 15.000 adolescents de l'Union européenne a noté que 69% des adolescentes étaient insatisfaites de leur poids. En Espagne, une étude³⁰ de 105 adolescents, d'âge moyen 15 ans, a relevé que 56% des adolescentes étaient insatisfaites de leur corps et les parties du corps dont elles souhaitaient maigrir étaient le ventre (52%), les fesses (42%), les cuisses (39%), les hanches (18%). L'enquête européenne³¹ HBSC/OMS (Health Behavior in School-Aged Children » / Organisation mondiale de la santé) a montré, en France, que près d'une fille sur deux, à 15 ans, se trouvait trop grosse.

3.2. La problématique de l'image du corps et les critères diagnostiques

Les troubles de la conscience et de l'image du corps figuraient parmi les critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-III³². Ce critère était défini comme une perturbation de l'image du corps ; par exemple, la personne dit « se sentir grosse » même si elle est très amaigrie, ou elle croit que certaines parties de son corps sont enrobées, alors qu'elles sont, à l'évidence, maigres. Dans le DSM-IV³³, ce critère devient une perturbation du vécu du poids ou de la silhouette, une influence excessive du poids ou de la silhouette sur l'estime de soi ou un déni de la gravité de la perte du poids. Bien que le DSM-IV ait minimisé l'importance des

²⁸ Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris: PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004.

²⁹ McElhone S., Kearney J. M., Giachetti I. et al. « *Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union* ». *Public Health Nutrition*, 1999, 2, p. 141-151.

³⁰ Cuadrado C., Carajal A., Moreiras O. « *Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents* ». *European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54 (suppl. 1), S65-S68.

³¹ Codeau E., Dressen C., Navarro et al. *Les années collège : enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*, Editions CFES, 2000.

³² *DSM III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. fr. sous la direction de P. Pichot et J. D. Guelfi, Paris : Masson, 1983.

³³ *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000), trad. fr. par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson, 2003.

perturbations de l'image du corps dans l'anorexie, celles-ci restent des traits qui caractérisent cette pathologie³⁴.

La CIM-10³⁵ - Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement - inscrit les troubles de l'alimentation au sein de la section des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques. Cette classification énumère plusieurs éléments concernant l'analyse du comportement et de la séquence alimentaire qui doivent être complétés par une évaluation psychopathologique générale portant particulièrement l'attention sur trois types de troubles : les troubles de l'humeur, les troubles addictifs et les troubles de la conscience et de l'image du corps. Ce dernier, qui doit être exploré systématiquement, se manifeste sous différentes formes : altération dysmorphophobique de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, hantise de grossir ou influence excessive du poids ou de la morphologie corporelle sur l'estime affective de soi, hyper-réactivité et hyper-esthésie au regard d'autrui, déni de la maigreur actuelle, de sa gravité ou de ses conséquences, etc.

3.3. La problématique de l'image du corps : conclusion

Au terme de ce chapitre, nous retiendrons essentiellement l'importance de la problématique de l'image du corps chez l'anorexique accordée, à de degrés divers, par les auteurs que nous avons mentionnés. De plus, certains de ces auteurs – tels que H. Bruch et D.M. Garner – ont mis davantage l'accent sur cette problématique en la posant au centre de leur modèle explicatif. En outre, nous l'avons retrouvé parmi les troubles, selon le CIM-10, à prendre en compte pour une évaluation psychopathologique générale visant à établir le diagnostic d'anorexie, parmi les critères diagnostiques du DSM-IV et les facteurs de risque. Les perturbations de l'image du corps sembleraient en effet une caractéristique importante des anorexiques. Elles se manifesteraient par un ensemble d'attitudes concernant le poids et les formes du corps, dominées par un désir effréné de minceur et une hantise de grossir. La peur de grossir ne diminuerait pas avec l'amaigrissement, et le déni de la maigreur et de sa gravité serait un signe classique. Cependant, face à leur image spéculaire, les anorexiques manifesteraient des comportements différents³⁶. Certaines se verraient grosses en dépit de la réalité, la plupart se reconnaîtraient minces ou même maigres mais elles peuvent croire trop volumineuses certaines parties de leur corps, et d'autres seraient très fières de leur apparence

³⁴ Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris: PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004, p.22.

³⁵ *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic. CIM-10/ICD-10*. Paris : Masson, 1992.

³⁶ Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004.

corporelle. Celles-ci, tout en étant conscientes de leurs maigreurs, elles attribueraient à cet aspect une valeur esthétique et morale exceptionnelle.

4. Les apports psychanalytiques

Considérer l'anorexie mentale comme un symptôme ou comme une structure spécifique est une question qui a été au centre des débats sur la place de l'anorexie mentale dans la psychopathologie et dans la nosographie psychiatrique. Dans un premier temps, l'anorexie a été assimilée à l'hystérie, c'est-à-dire à une structure névrotique, et à la dépression mélancolique. Quelques décennies après, elle a été considérée comme une manifestation d'une structure psychotique. Après le tournant des années soixante, lorsque de nouvelles catégories nosographiques deviennent de plus en plus d'actualité, elle a été rapprochée tantôt à une structure borderline tantôt à une structure narcissique. Dans cette même période, un courant autonome progressivement dominant fait de l'anorexie une structure autonome bien individualisée dans le champ psychopathologique et psychiatrique. Plus récemment, plusieurs auteurs ont mis en évidence la dimension addictive de l'anorexie conduisant certains auteurs à l'intégrer dans le vaste champ des toxicomanies. Nous allons repasser maintenant dans les détails la plupart de ces différentes positions autour de l'anorexie considérée comme un symptôme se situant dans de contextes psychopathologiques divers ou comme une structure spécifique.

Nous voudrions souligner que l'énorme quantité de travaux concernant l'anorexie rend difficile une présentation précise. En raison des multiples références et des différents niveaux où elles se situent, une présentation sous la forme de regroupements rigides s'avère peu aisée.

4.1. L'anorexie au regard de l'hystérie

Dans la clinique de l'anorexie, l'hystérie avait déjà été évoquée dans les descriptions de Gull, Lasègue, Charcot, Déjerine et Janet. Mais il revient à Freud d'avoir rattaché d'une façon déterminante l'anorexie à l'hystérie. Dès 1893, il prend position sur la signification de l'anorexie mentale dans différentes études clinique³⁷. Au départ, il souligne surtout l'aspect dépressif qui sera repris par de nombreux auteurs. Par la suite, dans une lignée de compréhension basée sur l'hystérie, Freud considère le symptôme anorexique comme un symptôme de conversion qui serait provoqué par le refoulement de l'érotisme oral. Le dégoût envers les aliments serait une défense destinée à faire obstacle aux pulsions sexuelles. Les travaux d'Abraham sur le sadisme oral apportent de nouveaux éléments aux interprétations

³⁷ Freud S. (1892) « *Un caso di guarigione ipnotica* » in : *Opere 1886 – 1895, e altri scritti*. Torino : Bollati Boringhieri, 1989; (1892-1895) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1967 ; Freud S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

psychanalytiques sur l'anorexie. Selon cet auteur, au niveau du stade oral cannibalique, l'activité sexuelle serait fusionnée avec l'ingestion alimentaire. L'anorexie serait un combat contre la sexualité devenue un repas dégoûtant à la suite du refoulement du sadisme oral. Entre les deux guerres, l'influence des théories de Freud et d'Abraham se retrouvent dans la plupart des recherches psychanalytiques. En 1929, Maria Oberholzer présente devant la Société suisse de Psychanalyse³⁸ un compte rendu de traitement par la psychanalyse d'une patiente atteinte d'anorexie mentale. C'est la cas d'une fillette de 13 ans, tombé à 33 kg, qui refusait de manger parce que la nourriture la dégoûtait et qui vomissait continuellement. Le texte publié en 1940 par Waller, Kaufman et Deutsch³⁹ représente le point culminant de ces interprétations considérant l'anorexie sur le modèle de l'hystérie comme un combat contre la sexualité consécutif au refoulement du sadisme oral.

Dans les années cinquante, J. Lacan situe la problématique de l'anorexie au niveau de la dialectique des premiers échanges entre le bébé et la mère. Dans les premiers moments de sa vie, le nouveau-né émet des cris pour que la mère puisse satisfaire son besoin. En lui répondant, l'adulte transforme le cri en appel qui devient une première forme d'engagement aussi bien dans la parole que dans l'ordre symbolique, et qui sera aussi le prototype de toute demande. Pour obtenir la satisfaction de ses besoins, le bébé va s'adresser à la mère en modulant progressivement les appels qui se transformeront en demandes articulées grâce au langage. Ainsi, le besoin entre dans le cycle des échanges entre la demande de l'enfant et la réponse de la mère. Dans cette dialectique d'échange, la réponse de la mère est vécue par l'enfant comme un don et comme une preuve d'amour. En réponse à la demande, la mère ne donne pas seulement ce qu'elle a, notamment le lait, mais aussi ce qu'elle n'a pas, à savoir l'amour. A partir de cette dialectique, l'enfant peut aussi bien expliciter une demande non pas pour voir apparaître l'objet dans sa matérialité mais pour renouveler la preuve d'amour. La demande d'une satisfaction d'un besoin se transforme ainsi en une demande d'amour. Au quotidien, il est facile d'observer le plaisir qu'un enfant éprouve en répétant une demande sans pour autant s'attendre à une réponse matérielle. En répétant la demande, l'enfant ne vise pas l'objet mais le rien qui lui permet de renouveler la demande d'amour. Il est donc important que la mère n'écrase pas la demande de l'enfant mais qu'elle maintienne un certain écart entre le besoin et la demande. C'est grâce, en effet, à cet écart que l'enfant accède au désir. Quant à l'anorexie, le symptôme serait une réaction à ce rien attendu qui est comblé par un objet de satisfaction. Ainsi, l'anorexique refuserait l'objet de satisfaction du besoin, à savoir l'aliment, pour rechercher ce rien. En raison de ce processus, Lacan définit le symptôme de l'anorexie non pas comme « ne pas manger », mais comme « manger rien ».

³⁸ Oberholzer M. « *Aus der Analyse eines dreizehnjaehrigen Maedchens* ». Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1930, 26, p. 287-292.

³⁹ Waller J.V., Kaufman R.M. et Deutsch F. « *Anorexia nervosa: A psychosomatic entity* ». Psychosom. Med., 1940, 2, p. 3-16.

Selon Bidaud⁴⁰, en plaçant le sujet dans l'histoire du désir et dans la relation à l'Autre, Lacan apporte des éléments essentiels quant à l'aliénation dont souffre l'anorexique.

En 2000, T. Vincent⁴¹ considère l'anorexie comme une nouvelle forme de manifestation de l'hystérie qui avait tant monopolisé l'attention des psychiatres du XIX^{ème} siècle. Cet auteur reprend la distinction entre désir et besoin, introduite par J. Lacan, pour expliquer la problématique de l'anorexie. Dans une société marquée par la pousse à la consommation, la facilité d'obtenir la satisfaction du besoin mettrait en péril la dimension du désir. L'anorexique s'engagerait dans un combat contre cet écrasement du désir, de plus en plus présent dans notre société, en refusant un objet du besoin tel que l'aliment. Par ce refus, l'anorexique affirmerait l'importance du manque dans l'économie du désir et le sacrifice exercé sur son propre corps serait une tentative d'inscrire le manque qui pourrait relancer le désir.

4.2. Les références à la dépression mélancolique

La dépression mélancolique est, après l'hystérie, le modèle le plus souvent pris comme référence. En 1895, dans ses premiers écrits, Freud avait mis en avant un rapprochement entre mélancolie et anorexie : « *La névrose alimentaire parallèle à la mélancolie est l'anorexie. L'anorexie des jeunes filles – qui est un trouble bien connu – m'apparaît, après observations poussées, comme une forme de mélancolie chez des sujets à sexualité encore inachevée. La malade assure ne pas manger simplement parce qu'elle n'a pas faim. Perte d'appétit – dans le domaine sexuel, perte de libido* »⁴². Cette dimension dépressive sera reprise par de nombreux auteurs dont certains rattacheront l'anorexie à la dépression et d'autres mettront en évidence les symptômes dépressifs chez les anorexiques. Dans les années cinquante, deux auteurs américains - G. Bychowski⁴³ et G. Gero⁴⁴ - ont rattaché l'anorexie à la dépression : le premier considère certaines anorexies comme des dépressions latentes et le deuxième considère l'anorexie comme un équivalent de la dépression, ayant noté l'importance de la régression narcissique, des conflits oraux et des mécanismes d'introjection. Plusieurs auteurs⁴⁵ ont soutenu la parenté de l'anorexie mentale avec la psychose maniaco-

⁴⁰ Bidaud E. *Anorexie mentale, ascèse, mystique. Une approche psychanalytique*. Paris : Denoël, 1997.

⁴¹ Vincent T. (2000). *L'anorexie*. Paris : Odil Jacob, 2006.

⁴² Freud S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956, p. 93

⁴³ Bychowski G. « *Structures des dépressions chroniques et latentes, XXI^{ème} Congrès international de Psychanalyse* ». Copenhague, juillet 1959, Rev. Fr. Psychanal., 1961, 4-5-6.

⁴⁴ Cf. Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983, p. 14.

⁴⁴ Ibid., p. 38.

⁴⁵ Cantwell D.P., Sturzenberger S. et Coll. « *Anorexia nervosa. An affective disorder ?* ». Arch. Gen. Psychiatr., 1977, 34, n° 9, p. 1087 - 1093 ; Winokur A., March V. et Mendels J. « *Primary affective*

dépressive. Corcos⁴⁶ soutient qu'aucune preuve est venue étayer sérieusement cette parenté. Bien que la dimension dépressive est centrale pour l'anorexie, les études récentes soulignent que l'on ne peut l'assimiler aux seules manifestations dépressives⁴⁷. En ce qui concerne la relation entre anorexie et symptômes dépressifs, ceux-ci ont été souvent relevés auprès des anorexiques, mais la proportion varie considérablement d'une étude à l'autre en fonction de la période sur laquelle porte l'étude et des critères retenus⁴⁸. D'autre part, plusieurs auteurs⁴⁹ ont mis en évidence que la majorité des anorexiques présentent des passages de dépression symptomatique au cours de leur vie. Cependant, ces symptômes apparaissent essentiellement avant et après l'anorexie, notamment lorsque le patient sort de cette pathologie.

4.3. L'anorexie vue comme une structure spécifique

Suite au Symposium de Göttingen en 1965, plusieurs auteurs ont considéré l'anorexie mentale comme une structure spécifique. Dans cette lignée de pensée, nous devons situer aussi un auteur que nous avons déjà traité⁵⁰, à savoir H. Bruch. Nous allons ici nous arrêter, à titre d'exemple, seulement sur les auteurs, notamment E. Kestemberg, J. Kestemberg et S. Decobert, qui ont publié un ouvrage⁵¹ considéré comme un incontournable passage pour ceux qui veulent se pencher sur l'anorexie. En 1972, ces auteurs apportent trois cas cliniques à partir desquels ils proposent de nouvelles hypothèses métapsychologiques sur l'anorexie. Ils décrivent une organisation narcissique originale, apparentée à la psychose, où le conflit oedipien serait à peine structuré et susciterait à l'adolescence une régression vers des fixations préobjectales. Cette régression, mise en œuvre selon des modalités spécifiques, ne rencontrerait aucun point de fixation au niveau des zones érogènes et elle s'arrêterait seulement au niveau de ce que ces auteurs appellent les précurseurs de la relation avec l'objet et de l'organisation du moi. A ce niveau, il y aurait une prévalence d'images archaïques peu différenciées et d'un désir d'omnipotence destructeur assuré par le refus de la dépendance. L'organisation pulsionnelle serait caractérisée par un recours spécifique au masochisme érogène primaire où le plaisir serait lié directement au refus de la satisfaction du besoin. La non-satisfaction d'un besoin vital serait ainsi érotisée. Il en serait de même au niveau des

disorder in relatives of patients with anorexia nervosa ». Am. J. Psychiatry, juin 1980, 137, 6, p.695-698.

⁴⁶ Corcos M. *Le corps insoumis, Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, 2005, p. 17.

⁴⁷ Corcos M., Loas G., Flament M. et al. « *Risk factors for addictive disorders* ». Am / Psychiatry, 2001.

⁴⁸ Jeammet Ph. *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Editeurs, 1985, p. 52.

⁴⁹ Porot M. « *L'anorexie mentale : protestation et dépression* ». Sem. Hôp. Paris, 1981, 57, n° 43-44, p.1837-1840 ; Dugas M., Gueriot C., Julien P. « *Les moments dépressifs de l'anorexie mentale* », Ann. Méd. Interne 1973, 124, 7, p. 858-859.

⁵⁰ Voir paragraphe 3.

⁵¹ Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983.

relations où primerait la recherche constante du plaisir de l'insatisfaction. L'orgasme de la faim, qui caractérise l'anorexique, serait la forme la plus représentative de ce processus.

4.4. L'anorexie au regard des psychoses

Pendant les années trente, des psychanalystes reconnaissent que les recherches basées exclusivement sur le refoulement de la pulsion orale ne peuvent rendre compte de la complexité de l'anorexie, et remarquent la présence d'états psychiques plus proches de la psychose. Par exemple, G. Nicolle⁵² pose en 1938 une distinction entre l'anorexie mentale et le refus de nourriture symptomatique de l'hystérie pour envisager l'anorexie comme une affection mentale grave plus proche d'un état pré-psychotique. A partir des années quarante, le centre des recherches se déplace sur des états psychiques plus proche de la psychose, tels que les déformations du moi. En 1944, H. Meng⁵³ observe des formes de régression au cours de l'anorexie mentale qui seraient beaucoup plus proches d'un cadre psychotique que névrotique. Dans la névrose, les symptômes faisant suite à la régression sont l'expression de conflits qui laissent presque intact le moi. En revanche, dans la psychose, le moi est atteint dans sa structure primaire. D'importantes déformations du moi observées chez les anorexiques portent cet auteur à placer au centre de l'anorexie la problématique du moi et, de ce fait, à la rapprocher au domaine de la psychose.

En se basant en partie sur les travaux de M. Klein et Fairbairn, M. Selvini-Palazzoli⁵⁴ considère l'anorexie mentale comme une forme de « psychose mono-symptomatique » qualifiée de « paranoïa intrapersonnelle ». Dans cette forme particulière de psychose, se situant à mi-chemin entre les positions schizoparanoïde et dépressive, l'image du corps serait vécue comme un persécuteur. En ayant observé une persistance de la faim chez l'anorexique jusqu'à la phase terminale, cet auteur souligne que la notion de peur de la nourriture ne serait pas au premier plan et ce qui prédominerait serait plutôt le sentiment que le corps nourri soit menaçant. Ainsi, S. Palazzoli met au centre de cette pathologie la nécessité de contrôler le corps vécu comme dangereux.

⁵² Nicolle G. « *Prepsychotic anorexia* ». Proc. Roy. Soc. Med., 1938, 3, p. 1-15.

⁵³ Meng H. *Psyche und Hormon*. Berne : Hans Huber, 1944.

⁵⁴ S. Palazzoli propose cette élaboration en 1963 en s'appuyant sur les travaux de M. Klein et Fairbairn. Elle maintient cette position lorsqu'elle s'oriente vers les thérapies familiales systémiques : Selvini-Palazzoli M. « *La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle* ». Actualité psychiatrique, 1982, 12, p. 15-25.

4.5. L'anorexie envisagée comme une conduite addictive

Selon Corcos⁵⁵, la plupart des différents apports faisant suite au Symposium de Göttingen de 1965 aurait placé la problématique de l'identité au centre de l'anorexie mentale. Cette vulnérabilité de l'identité sera développée d'une manière spécifique par Ph. Jeammet⁵⁶ dans les années nonante. Cet auteur considère l'anorexie comme une conduite défensive qui protégerait le « Moi » d'un risque de désorganisation et d'un effondrement de ses assises narcissiques. Il aborde les troubles du comportement alimentaire à travers ce qu'il appelle les aménagements de la dépendance. Il décrit la dépendance comme un jeu dialectique d'investissement et de contre-investissement entre la réalité psychique interne et la réalité externe du monde perceptivo-moteur. Elle devient problématique lorsqu'elle s'impose comme une modalité prévalente et durable au détriment d'autres modalités. Il y aurait alors un sur-investissement de la réalité perceptivo-motrice visant à protéger une réalité psychique défaillante ou menaçante sur laquelle le sujet dépendant ne peut s'appuyer. Le sujet dépendant ne disposerait pas, pour des raisons qui pourraient être diverses, d'une base suffisamment sécurisante au niveau de sa réalité interne. Cette modalité prévalente peut concerner différentes structures et organisations psychiques, et apparaître ou disparaître en fonction des variations entre la réalité psychique et externe envers laquelle l'anorexique est extrêmement sensible.

En mettant en avant la dimension addictive chez les anorexiques, Ph. Jeammet et al.⁵⁷ ont intégré l'anorexie dans le vaste champ des toxicomanies. Ces auteurs regroupent dans la catégorie des addictions différentes conduites tels que l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), les surconsommations médicamenteuses, en particulier de psychotropes, mais aussi certaines conduites suicidaires et/ou de prise de risque. Ce regroupement repose sur les mêmes constatations cliniques suivantes: début à l'adolescence avec réactivation d'événements infantiles ; compulsivité avec obsessions idéatives concernant l'objet et la conduite addictive ; sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet addictif ; substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable, etc. L'ensemble de ces conduites addictives partage la

⁵⁵ Corcos M. *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduits alimentaires*. Paris : Dunod, 2005, p.14.

⁵⁶ Jeammet Ph., « *Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique* » in Padieu U. et al. *Dépendance et conduite de consommation. Questions en santé publique, Inercomissions Inserm*. Paris : Les Editions Inserm, 1997, pp. 33-56 ; Jeammet Ph., Corcos M., *Evolution des problématiques adolescentes. La dépendance et ses aménagements*. Paris : Doin, 1999.

⁵⁷ Jeammet Ph. « *Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique* ». in Padieu R. et al. *Dépendance et conduites de consommation. Questions en santé publique. Intercomissions Inserm*. Paris : Les Editions Inserm, 1997.

mise en œuvre d'actes visant à détruire le corps propre, les liens et la propre capacité de penser. Le choix de l'objet addictif dépendrait à fois de l'offre, notamment les conditions socio-économiques et culturelles, et de la structure psychique du sujet. L'objet toxique n'aurait pas le même effet et il ne lui sera pas accordé la même fonction selon les différentes structures. Bien que les données cliniques des conduites addictives traduisent une problématique narcissique commune comportant des points similaires tels que des failles narcissiques et des mécanismes neurobiologiques de dépendances, ceux-ci peuvent se manifester à partir de structures psychiques différentes. Celles-ci donneront une teinte différente à la fonction accordée à l'objet toxique.

5. Conclusion

Dans ce premier chapitre, nous nous étions fixé l'objectif de présenter, préciser et motiver nos premières hypothèses. En premier lieu, nous avons montré l'importance de la problématique de l'image du corps chez les anorexiques. A travers un premier parcours historique, bien que succinct, nous avons eu l'occasion de souligner que, dès les premières découvertes, quelques auteurs ont tenu compte de cette problématique pour spécifier davantage le fonctionnement psychique de l'anorexie. En 1965, les conclusions du Symposium de Göttingen ont présenté un déplacement de l'intérêt de la recherche, jusqu'à ce moment centré sur la nourriture, vers les phénomènes concernant les relations avec le corps. Ensuite, nous avons poursuivi une enquête concernant les apports théoriques de H. Bruch et de ceux faisant référence à une perspective cognitivo-comportementale. De cette enquête, nous avons retenu que la plupart des auteurs que nous avons mentionnés accordait, à des degrés divers, une place importante à la problématique de l'image du corps. Certains de ces auteurs, comme Bruch et Garner, lui ont davantage attribué une place importante en la mettant au centre de leur modèle explicatif. Nous avons également eu l'occasion de montrer l'intérêt qu'elle occupe dans le DSM-IV, CIM-10 et parmi les facteurs jugés à risque. Dans ce résumé de littérature que nous avons proposé, il apparaît que les perturbations concernant les relations que l'anorexique entretient avec son image du corps semblerait en effet une caractéristique importante de ces patients. Elles se manifesterait par un ensemble d'attitudes concernant le poids et les formes du corps, dominées par un désir effréné de minceur et une hantise de grossir. Cependant, ces perturbations se manifesteraient sous différentes modalités. Certaines se verraient grosses en dépit de la réalité, la plupart se reconnaîtraient minces ou même maigres mais elles peuvent surestimer certaines parties de leur corps, et d'autres seraient très fières de leur apparence corporelle. Celles-ci, tout en étant conscientes de leurs maigreurs, attribueraient à cet aspect une valeur esthétique et morale exceptionnelle.

Ensuite, nous avons abordé la littérature psychanalytique concernant l'anorexie. Dans ce domaine de recherche, peu d'auteurs ont mis la problématique de l'image du corps au centre

de leurs théorisations. Parmi ces auteurs, nous avons mentionné les travaux de S. Palazzoli qui a mis au centre de l'anorexie la nécessité de contrôler le corps vécu comme dangereux. Cependant, la plupart des auteurs, et plus particulièrement ceux de ces vingt dernières années, ont mis au cœur de cette pathologie la problématique de l'identité et du narcissisme. Comme nous le verrons au chapitre suivant, le stade du miroir introduit par J. Lacan met étroitement en lien l'identité et le narcissisme avec l'image du corps, et plus précisément avec l'image spéculaire. Il nous semblerait finalement possible soutenir l'idée que la problématique de l'image du corps, tel qu'elle est articulée par le stade du miroir de J. Lacan, occupe une place prééminente dans l'anorexie. Ainsi, nous croyons avoir montré une pertinence « à priori » du choix de nous appuyer sur le stade du miroir pour procéder à la recherche d'éléments pour une clinique différentielle de l'anorexie. Il nous reste à éclaircir ce deuxième aspect de notre recherche, à savoir l'intérêt à nous engager sur la voie d'une clinique différentielle de l'anorexie.

A travers un parcours des différents apports psychanalytiques, nous avons vu que l'anorexie mentale a été considérée soit comme un symptôme qui se manifesterait à partir de différents contextes psychopathologiques soit comme une structure spécifique. Ces différentes lectures ont été au centre des débats sur la place de l'anorexie mentale dans la psychopathologie et dans la nosographie psychiatrique. Du point de vue historique, nous avons vu que l'anorexie a été d'abord assimilée à l'hystérie et à la dépression mélancolique. Ensuite, elle a été considérée comme la manifestation d'une structure psychotique. Après le tournant des années soixante, lorsque de nouvelles catégories nosographiques deviennent de plus en plus d'actualité, elle est assimilée tantôt à une structure borderline tantôt à une structure narcissique. Dans cette même période, un courant progressivement dominant fait de l'anorexie une structure autonome bien individualisée dans le champ psychopathologique et psychiatrique. Plus récemment, plusieurs auteurs ont mis en évidence la dimension addictive de l'anorexie conduisant certains auteurs à l'intégrer dans le vaste champ des toxicomanies. En concevant le symptôme de l'anorexie comme une fonction défensive contre des affects dépressifs non structurés pouvant se manifester à partir de structures psychiques différentes, ces auteurs n'ont pas abandonnée l'idée que l'anorexie puisse être envisagée comme un symptôme à partir de différents contextes psychopathologiques. Ils reprennent l'axe névrotique ainsi que psychotique mais sous des termes un peu différents de ceux de la littérature classique. A titre d'exemple, selon Corcos le symptôme se manifesterait dans un registre névrotique précaire, plutôt que dans le cadre d'une névrose structurée, ou dans un registre narcissique ou limite – psychoses passionnelles froides, toxicomanie - , plutôt que dans le monde narcissiquement clos de certaines psychoses. D'autres auteurs - comme Lacan, T. Vincent, Bidaud, Nasio et d'autres auteurs qui se réfèrent à Lacan - reprennent certains regroupements classiques et assimilent l'anorexie à une structure hystérique ou psychotique. Sur la base de ces considérations, il nous paraît donc encore d'actualité de nous pencher sur

une recherche visant à établir une clinique différentielle de l'anorexie. En effet, même quand l'hypothèse d'une structure psychopathologique autonome est évoquée, les auteurs sont amenés à la rapporter à des mécanismes non spécifiques qui peuvent se retrouver dans différentes structures. Il nous semble raisonnable de poser l'hypothèse que la distinction entre symptôme et structure permettrait de rendre compte des différents axes névrotiques et psychotiques évoqués dans la littérature sur l'existence de différents types d'anorexies selon la structure du sujet.

En suivant cette orientation selon laquelle l'anorexie s'inscrirait dans des structures psychiques sous-jacentes différentes, nous voudrions soutenir l'hypothèse que le vécu et la problématique de l'image du corps chez les anorexiques se manifesteraient différemment en fonction des différentes structures psychiques. Dans le cadre de ce travail de DEA, cette hypothèse nous permettra de poser les bases cliniques et théoriques de ce que nous appelons « une clinique différentielle ». Au prochain chapitre, notre souci sera, entre autres, de présenter et développer cette démarche.

Deuxième chapitre

1. Introduction

Dans ce deuxième chapitre, nous nous proposons d'entamer un développement des hypothèses présentées au chapitre précédent. Nous consacrerons la première partie aux explications du cadre conceptuel concernant le stade du miroir qui représente l'espace théorique où s'inscrit notre tentative de repérer les premiers éléments de ce que nous avons appelé « une clinique différentielle ». Comme dit au premier chapitre, dans le cadre de ce travail de DEA, nous prendrons en compte essentiellement deux contextes psychopathologiques, à savoir l'axe psychotique et l'axe névrotique. Au terme de ce travail, nous voudrions montrer la pertinence du choix de cet outil théorique et avoir repéré les premiers éléments de partage entre ces deux contextes psychopathologiques. Au sujet de l'anorexie dans ses rapports avec la psychose, nous ferons état des recherches de S. Thibierge concernant les troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie. Nous voudrions montrer la pertinence des contributions de cet auteur quant à un éclaircissement concernant la pathologie de l'image du corps auprès de cas d'anorexie se situant dans un contexte psychopathologique psychotique.

2. Le stade du miroir

A la fin des années vingt, H. Wallon aborde le thème du miroir dans le développement mentale de l'enfant lors de ses cours donnés⁵⁸ à la Sorbonne qui seront mis par écrit et réunis dans un ouvrage⁵⁹. Cet auteur considère le moment où l'enfant se reconnaît dans le miroir comme une étape importante du développement mentale de l'enfant. Face au miroir, l'enfant réagit devant son image et croit être l'image qu'il voit. C'est pour cette raison que l'enfant rit, tend les bras et appelle l'image reflétée dans le miroir. Selon cet auteur, cette étape ne correspond pas à un stade en lui-même mais elle est insérée, parmi les stades qu'il décrit,

⁵⁸ 1929-1930 et 1930-1931.

⁵⁹ Wallon H. *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris : PUF, 1949.

dans le stade dit « émotionnel ». Elle n'est donc qu'un terme parmi d'autres au sein d'une série d'intégrations successives qui montrent que l'évolution psychologique est nouée de façon complexe à l'évolution biologique. Selon Wallon, la notion du corps propre⁶⁰ ne serait pas une donnée innée, mais elle se construirait. Actuellement, si certains auteurs⁶¹ proposent un caractère inné de la notion du corps propre, la plus part continuent à admettre que la représentation de notre corps se construit d'une façon ou d'une autre⁶².

En 1935, P. Schilder⁶³ introduit le terme d'image du corps. En soulignant l'existence d'une image optique à laquelle la perception est rapportée, il préfère le terme d'image du corps à celui de schéma corporel. Ce terme ne désigne pas seulement une connaissance physiologique, mais renvoie également au concept de libido et à la signification sociale du corps. Du point de vue de l'organisation libidinale, l'image du corps s'organiserait autour des orifices du corps ou, selon les termes de Freud, autour des zones érogènes. Nous pouvons en déduire que, selon Schilder, le corps en entier n'est pas investi de la libido. En 1939, J. Lhermitte publie l'ouvrage « l'image de notre corps⁶⁴ ». Nous y trouvons l'idée, bien qu'elle soit indiquée d'une façon implicite, que non seulement les zones érogènes du corps sont investies de la libido mais l'image du corps dans son ensemble le serait également. Entre ces deux dates, Lacan soutient d'une façon explicite, lors d'une intervention⁶⁵ au congrès de l'International Psychoanalytic Association à Marienbad en 1936, que l'image du corps reflétée dans le miroir est entièrement investie de la libido. Cet auteur donnera un compte rendu écrit de cette intervention seulement en 1949, intitulé « Le stade du miroir comme formateur du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique⁶⁶ ».

⁶⁰ Wallon H. « *Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre* ». J Psychol. Paris, 1931, 28, p. 705-748.

⁶¹ Gallagher S., Butterworth G.E., Lew A., Cole J. « *Hand-mouth coordination, congenital absence of limb, and evidence for innate body schemas* ». Brain Cogn, 1998, 38, p. 53-65; Melzack R. « *Phantom limbs and the concept of a neuromatrix* ». Trends Neurosci, 1990, 13, p. 88-92.

⁶² Ramachandran V.S., Hirstein W. « *The perception of phantom limbs* ». The D.O. Hebb lecture. Brain, 1998, 121, p. 1603-30.

⁶³ Schilder P. *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1968.

⁶⁴ Lhermitte J. « *L'image de notre corps* ». Paris : Harmattan, 1998.

⁶⁵ Lacan J., Le titre de l'intervention est « *The looking-glas phase* » qui apparaît dans la revue officielle de l'I.P.A., l'Internationale Psychoanalytic Association, tome I, p. 115, mais le contenu n'y apparaît pas. L'unique source d'information disponible sur ce travail sont les notes prises par Françoise Dolto lors d'un exposé préliminaire que fit Lacan à Paris, devant les membres de la Société Psychanalytique de Paris. Cf. Le Gaufey G. *Le lasso spéculaire. Une étude traversière de l'unité imaginaire*. Paris : E.P.E.L., 1997.

⁶⁶ Lacan J.(1948) « *Le stade du miroir comme formateur du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* » in : *Ecrit*, Paris : Seuil, édition en poche, 1966, p. 92-99.

Dans cet écrit de 1949, Lacan expose le stade du miroir qu'il situe entre le 6^{ième} et 18^{ième} mois de vie. Il s'appuie, en partie, sur les travaux de Köhler⁶⁷ concernant l'aperception situationnelle et les observations de Baldwin. L'aperception situationnelle se manifesterait par le plaisir que le bébé éprouve à reproduire les mouvements d'une image sur lui-même et sur des objets ou personnes de l'entourage. Baldwin avait remarqué que ce phénomène décrit par Köhler pouvait être observé à partir du 6^{ième} mois lorsque le bébé se trouve devant un miroir. A partir de cette correspondance entre la perception visuelle et la perception cénesthésique des mouvements du corps, apparaîtrait le moment d'intégration, et donc de mise en commun entre le corps et l'image. Le raisonnement suivant, bien que d'une manière inconsciente, se mettrait en place chez le bébé: « quand je me sens bouger, l'image bouge exactement au même moment ; je souris, elle sourit ; donc c'est bien moi ». Le phénomène de reconnaissance, attesté par les signes de jubilation sur le visage du bébé qui caractérise sa rencontre avec son image reflétée⁶⁸, se produirait à partir de ce moment d'intégration. Bien que Lacan ait mis l'accent sur le moment de la reconnaissance, il y a surtout une autre raison qui l'a poussé à introduire le stade du miroir dans le domaine psychanalytique. En effet, ce que nous avons appelé « moment d'intégration » n'est pas uniquement la source du phénomène de la reconnaissance, mais aussi d'un phénomène appelé « identification ». En psychanalyse, ce terme se réfère à un processus qui produit une transformation, un changement chez le sujet lorsqu'il assume une image. Cette première assumption est cruciale pour l'identification du sujet, c'est-à-dire pour l'acquisition de ce que nous appelons une identité. Le stade du miroir manifesterait donc un dynamisme affectif essentiel pour l'être humain. Dès ce premier écrit sur le stade du miroir, la reconnaissance et l'identification sont deux concepts qui ne se recouvrent pas, bien qu'au départ ils soient étroitement liés.

Il y a aussi un autre aspect important à retenir de ce stade. La jubilation avec laquelle l'enfant salue son image reflétée dans le miroir traduirait le plaisir de recevoir de cette image une « gestalt », une unité alors que du point de vue de la maturation physiologique il n'a pas encore une maîtrise sur la coordination motrice. Lacan trouve une confirmation, quant à l'importance qu'il accorde à la forme, dans des données de l'éthologie animale qui montrent certains effets de maturation et de structurations biologiques opérées par la seule perception visuelle du semblable. Il cite uniquement les travaux de R. Caillois connu pour ses essais de description du mimétisme animal et végétal. Lacan retient surtout l'effet morphogène de l'image à certains moments : des êtres vivants rencontrent, pendant leur croissance, des formes dont la seule perception ont une influence décisive sur leur développement ultérieur. Quant à l'être humain, la forme du corps propre reflétée dans le miroir permettrait à l'enfant

⁶⁷ Köhler W. *The mentality of apes, Routledge and Kegan*. London : Paul, 1925, trad.It. « *L'intelligenza nelle scimmie antropoidi* ». Firenze : Giunti Barbera, 1961.

⁶⁸ Lacan J. (1949) « *L'agressivité en psychanalyse* » in : *Ecrits*, Paris : Seuil, édition en poche, 1999, p. 112.

d'anticiper une unité que réellement il n'a pas étant donné qu'il n'en a pas encore les moyens neuroniques et moteurs. Cette unité anticipée découvre en retour un corps qui, du fait de cette nouvelle réflexivité, va se sentir morcelé. Ainsi, le morcellement ne serait pas une donnée première dictée par une cénesthésie chaotique, mais il serait comme le choc en retour de cette unité donnée trop tôt dans l'image ; il serait un fait d'image. Cette unité anticipée se produit au travers de l'identification à l'image spéculaire. Cependant, cette mise en forme n'a aucune valeur de plénitude ou de résolution car il y aura toujours la tension initiale entre une insuffisance réelle, c'est-à-dire l'état réel de l'enfant au moment où il se reconnaît dans le miroir, et l'anticipation d'une totalité virtuelle.

Lacan a réarticulé la problématique freudienne du narcissisme à partir de cette élaboration de l'identification spéculaire. La forme spéculaire du corps à laquelle l'enfant s'identifie représente l'« idéal ich » - moi idéal – introduit par Freud dans « Pour introduction au narcissisme⁶⁹ ». Lacan soutient que l'investissement libidinal de l'image constitue une normalisation en tant qu'elle polarise le narcissisme dans une forme contraignante de la représentation et elle constitue la souche des identifications secondaires. Grâce à cette identification, nous avons la représentation de l'unité ou de la permanence de tout ce qui nous entoure. C'est en effet à partir de la première étape du stade du miroir que la permanence de l'objet se met en place et que, vers le 8^{ième} mois, l'enfant ne sourit plus à toutes les personnes. Cependant, cette identification présente également un caractère aliénant car cette unité et cette permanence sont toujours posées dans une ligne de fiction anticipatrice, méconnue par le sujet lui-même. Nous voyons là se dessiner une antinomie entre un corps réel, non coordonné et morcelé, et un corps imaginaire. Dès le début, la reconnaissance de cette forme unitaire implique une méconnaissance réelle, motrice et neurologique, et une méconnaissance normale du fonctionnement réel du corps. Cette forme de méconnaissance se manifeste, comme l'a souligné S. Thibierge⁷⁰, dans le cas du membre fantôme⁷¹. Il nous semble possible de soutenir l'hypothèse que cette forme de méconnaissance soit à la base des relations pathologiques que l'anorexique entretient avec son corps.

A l'endroit où se manifeste cette opposition entre une image « toute une » et un corps morcelé, le « je » intervient pour assumer ces deux termes. Il revêtirait donc la fonction de représenter l'un et l'autre terme de cette crise irréductible entre un état physique réel et anticipation virtuelle. Le « je » qui intervient dans cette inadéquation entre cet état physique et l'image serait la matrice symbolique qui devra se symboliser grâce au langage. Nous

⁶⁹ Freud S. (1914) « Pour introduction au narcissisme » in : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969, p. 81-105.

⁷⁰ Thibierge S., Morin C. « *L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse* ». *Evol. Psychiatr.*, 2004, 69, p. 417-430.

⁷¹ Ramachandran V.S., Hirstein W. « *The perception of phantom limbs* ». *The D.O. Hebb lecture, Brain*, 1998, 121, p. 1603-30.

pouvons constater que, dès cet écrit, Lacan fait intervenir la dimension symbolique pour expliquer le stade du miroir. A partir du premier séminaire⁷², Lacan accordera une place prééminente à la dimension symbolique concernant la constitution de l'image spéculaire. Dans le séminaire sur le transfert⁷³, il introduit « la nomination » comme un moment logique essentiel du stade du miroir. L'adulte, près d'un enfant qui se regarde au miroir, reconnaît et nomme le corps reflété de l'enfant dans le miroir. En d'autres termes, pour que l'enfant puisse s'identifier à l'image, il doit être avant tout identifié par l'autre. Dans des cas extrêmes de maltraitance, l'enfant qui n'est pas reconnu par l'adulte n'accéderait pas au stade du miroir. Plusieurs mots associés au nom propre seront pris en compte par l'enfant pour spécifier son identité. Ces mots, et plus précisément ces traits symboliques qui représentent le sujet dans l'ordre du langage, seraient la traduction de l'Idéal du moi freudien. Ce processus est appelé par Lacan « identification symbolique ».

2.1 Identification symbolique

Dans le séminaire IX⁷⁴, Lacan reprend la distinction entre l'identification imaginaire et l'identification symbolique. Pour approfondir celle-ci, il introduit les questions préalables au thème sur l'identification symbolique par l'exemple de la balle de ping-pong qui disparaît et apparaît à nouveau. Lorsque la balle apparaît à nouveau, nous disons avec certitude « c'est la même balle ». Ce rapport qui se constitue entre « c'est la balle » avec « c'est encore la même balle » est l'expérience la plus simple concernant le registre de l'identification. Bien que ce type d'expérience puisse se produire chez l'animal, il y en a d'autres concernant toujours le registre de l'identification qui leurs sont exclus. Lacan cite un exemple issu du folklore concernant un serviteur qui retrouve dans le corps de la souris le propriétaire décédé. Il y aurait ici une assomption spontanée faite par le sujet de l'identité de deux apparitions pourtant bien différentes. Dans ce cas-ci, ce que vise le « c'est encore lui », c'est-à-dire la réapparition de l'être du propriétaire, est possible grâce au langage, et plus précisément à la nomination. Nous ne pouvons retrouver cette expérience auprès d'un chien parce qu'il n'a pas la capacité de nommer. Comme soutient Lacan, il est possible d'attribuer au chien la parole en raison de sa capacité à aboyer lorsque le maître ouvre la porte de la maison étant déjà une forme d'appel à l'autre. Or nous ne pouvons lui attribuer le langage dans le sens d'un univers symbolique. En effet, nous avons du mal à soutenir qu'un chien puisse retrouver l'être de son maître dans l'apparition d'un animal.

⁷² Lacan J. (1955-1956) *Le séminaire. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1978.

⁷³ Lacan J. (1960-1961) *Le Séminaire VIII. Le transfert*. Paris : Seuil, 1991.

⁷⁴ Lacan J. (1961) *Les séminaire IX. L'identification*. Séminaire inédit. Cf. Safouan M. *Lacaniana. Les séminaires de Jacques Lacan*. Paris : Fayard, 2001, p. 185-230 ; Dor J. *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris : Denoël, 2002, p.372-381.

Concernant le stade du miroir, l'enfant peut dire « c'est moi » après l'apparition ou disparition de l'image parce qu'il y a eu une « nomination », à savoir un adulte qui lui ait dit « c'est toi, tu es... ». L'adulte qui s'occupe de l'enfant est le premier représentant d'un lieu, que Lacan appelle « Autre », où se déroule l'univers symbolique. Cependant, la nomination revêt aussi d'autres fonctions. Nous avons déjà expliqué que l'identification, qui se met en place au stade du miroir, est la souche des identifications secondaires. En d'autres termes, à partir de cette première identification, l'enfant pourra s'identifier à d'autres personnes, tel que le père, la mère, enseignant, etc. La nomination permettra à l'enfant de se percevoir toujours identique à lui-même, sans se confondre avec les différentes personnes auxquelles il s'est identifié. Dans ce séminaire sur l'identification, Lacan considère le nom propre, auquel il consacre un développement important, le trait symbolique princeps auquel l'être humain s'identifie. A partir du nom propre, plusieurs traits symboliques se suivront et s'enchaîneront. L'enfant s'identifiera à certains de ces traits à partir desquels il se sentira aimable et percevra d'une certaine façon son corps propre.

En guise de synthèse, nous proposons une description plus schématique des points abordés concernant le stade du miroir :

- Identification imaginaire. La forme, la gestalt du corps donne le support pour l'identification imaginaire. Cette première identification est la matrice sur laquelle s'enchaîneront les autres identifications.
- Identification symbolique. Au travers de la nomination, l'enfant est identifié par l'Autre et le « je », première matrice symbolique, se traduit en un « je suis untel ». A partir de cette matrice symbolique, plusieurs traits symboliques, auxquels l'enfant s'identifie, s'enchaîneront. C'est grâce à cette identification symbolique, à la nomination par le nom propre, que l'enfant peut se sentir toujours le même malgré les différentes identifications imaginaires.
- Identification (imaginaire ou symbolique) sur le versant transitif et intransitif. Dans le sens intransitif, l'enfant s'identifie « à quelque chose », en l'occurrence à une personne ou à un trait symbolique. Dans le sens transitif, l'enfant identifie « quelque chose », en l'occurrence une personne, un objet ou un trait symbolique. Le stade du miroir est un moment incontournable où se met en place l'identification imaginaire et symbolique sous la modalité transitive et intransitive.

3. Développement des hypothèses : introduction

Au premier chapitre, nous nous sommes employés à mettre en évidence l'importance de la place que les phénomènes concernant les relations avec l'image du corps occupent auprès des anorexiques. Il s'agira maintenant de préciser les rapports entre le symptôme anorexique et

l'image du corps, et plus précisément l'image spéculaire, et la fonction du symptôme anorexique dans un contexte psychopathologique psychotique et névrotique. Dans le cadre de ce travail de DEA, nous nous limiterons à prendre en compte seulement les cas d'anorexie qui se manifestent pendant la période pubertaire en remettant pour un travail de doctorat un élargissement de cas concernant d'autres périodes de la vie. Il est généralement proposé que l'anorexie soit un désordre qui se rencontre plus fréquemment à l'adolescence et qui soit, en plus, lié au processus même de cette période de la vie. En raison de cette spécificité, S. Palazzoli⁷⁵ distingue l'anorexie mentale de l'anorexie chronique et de l'anorexie « neurotique ». L'anorexie chronique se manifesterait dès la première enfance en présentant de graves troubles de l'intestin. L'anorexie « neurotique » peut apparaître à n'importe quel âge et se manifesterait en réaction à une situation insoutenable ou à un traumatisme psychique. En revanche, l'anorexie mentale se manifesterait pendant la période pubertaire ou post-pubertaire. Ce qui explique la dénomination de « Pubertats-magersucht » adoptée par les germanophones qu'on peut traduire avec « manie de l'adolescence pour la maigreur ». La notion même d'adolescence⁷⁶ renvoie à l'émergence de changements corporels aussi profonds que déterminants et toute tentative de s'adresser à une pathologie de cet âge se doit de prendre en compte le corps. Il nous semble donc raisonnable, pour ce travail de DEA, de nous limiter à prendre en compte seulement les cas d'anorexie qui se manifestent pendant la période pubertaire.

Pour les deux contextes psychopathologiques, nous situons donc le déclenchement et la formation du symptôme anorexique pendant la période pubertaire. Selon Freud⁷⁷, la puberté représente la période finale des transformations corporelles et psychiques. En raison de ces transformations impliquant le corps sous différents aspects, le sujet est confronté à nouveau aux assises princeps composant le stade du miroir⁷⁸, notamment : le fonctionnement réel du corps comprenant, entre d'autres, les pulsions ; les identifications imaginaires ; les identifications symboliques. Ce processus complexe est marqué par la réactualisation d'une problématique infantile liée essentiellement à la sexualité. L'issue de ce processus, teint de conflit, sera déterminé par l'organisation oedipienne et les défenses que le sujet mobilise pour contrer l'appel à la jouissance⁷⁹.

Au sujet de l'anorexie, nous voudrions soutenir l'hypothèse que, lorsque les premiers signes sensibles et visibles de la puberté apparaissent, l'anorexique manifesterait un refus à se sentir

⁷⁵ Selvini-Palazzoli M. *L'Anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano : Feltrinelli, 1981.

⁷⁶ Cf. Birreaux A. *Le corps adolescent*. Paris : Bayard, 2004.

⁷⁷ Freud S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

⁷⁸ Dor J. « *Langage et communication dans la problématique lacanienne des psychoses* » in : Ladame F., Gutton P., Kalogerakis M. *Psychoses et adolescence*. Paris : Masson, 1989, p.46-49.

⁷⁹ Maleval J.C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et la clinique*. Paris : Seuil, 2000, p.285.

femme – ou à se sentir homme – et de voir son corps de femme – ou son corps d’homme. La vue de son corps deviendrait insupportable et l’anorexique voudrait bannir de sa vie psychique cette représentation. Plus précisément, ce que l’anorexique voudrait bannir concerne les caractères qui signifient l’être femme ou l’être homme et maigrir serait une tentative à gommer ces caractères signifiants liés à la sexualité. A partir de ce moment, nous supposons deux destins différents de cette représentation et un vécu spécifique concernant la propre image spéculaire selon le cadre nosographique où ils se situent. Ce sont nos premières hypothèses plus détaillées concernant les premiers éléments de ce que nous avons appelé « une clinique différentielle de l’anorexie à travers le stade du miroir » et que nous voudrions mettre à l’épreuve à travers le développement que nous proposons à partir d’ici.

3.1. Cas d’anorexie se situant dans un contexte psychopathologique psychotique

Comme nous l’avons indiqué au début de ce chapitre, nous ferons ici état des recherches de S. Thibierge au sujet des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie. Selon cet auteur, il y aurait des pathologies étroitement liées à l’image spéculaire considérée comme le moment où se constituent et se lient les repères subjectifs primordiaux de la reconnaissance et de l’identification. Ces pathologies montreraient une problématique concernant la perte d’une signification ayant une incidence sur l’image spéculaire. Cet auteur relève une corrélation entre cette perte et une atteinte de la consistance de l’image spéculaire dans les agnosies et dans les psychoses. Dans le domaine de la neurologie, Thibierge considère que la perte d’une signification, expliquée à partir d’une lésion cérébral, obligerait le sujet à réaménager les coordonnées concernant le sens de son expérience avec son propre corps. Dans ce domaine, il est possible d’observer plusieurs phénomènes qui vont d’un sentiment d’étrangeté à des formes proches de l’hallucination ou de l’idée délirante.

Pour exemple concernant le domaine des agnosies, nous allons reprendre la prosopagnosie. Le mot « prosopagnosie⁸⁰ » a été proposé par Bodamer⁸¹, en 1947, pour désigner l’incapacité à reconnaître les visages de personnes connues, dont la reconnaissance reste possible à l’aide de stimulus auditifs – tel que la voix - ou de stimulus visuels non physiologiques – tels que les caractéristiques des vêtements, signes caractéristiques, etc. Dans les cas plus graves, le patient ne reconnaît pas le visage des familiers et son propre visage. Cependant, excepté certains cas⁸², il sait qu’un visage c’est un visage, et la plupart des fois il distingue également le sexe et la race, mais il ne sait plus reconnaître un visage comme le visage d’untel. Selon Thibierge,

⁸⁰ du grec *prosopon* = visage

⁸¹ Denes G., Pizzamiglio et al. (1990) *Normalità et patologia dei processi cognitivi*, Bologna : Zanichelli, 2000, p. 520-521.

⁸² Cf. Sacks O. (1985) *L’homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Editions du Seuil, 1992.

ce type d'agnosie serait consécutif à une atteinte aux liaisons des différents éléments impliqués dans la reconnaissance et identification des visages. Le rapport entre le visage et la physionomie forme un type particulier d'unité qui se donne comme image dans ce qu'on appelle la reconnaissance des personnes et comme nom dans le nom propre. Dans la prosopagnosie, ces trois éléments - l'unité, le nom qui la symbolise et l'image qui le représente - sont atteints dans leurs corrélations⁸³.

Selon cet auteur, cette pathologie laisserait apparaître essentiellement deux séries de phénomènes. La première série concernerait une disjonction du nom et de l'image, celle-ci étant décomposée en éléments chacun identifiables sans que l'individualité puisse être reconnue et le visage nommé. En ce qui concerne la deuxième série de phénomènes, Thibierge souligne l'importance d'en tenir compte malgré sa rareté. Pour éclaircir ces phénomènes, ainsi que d'autres faisant l'objet de son ouvrage, Thibierge propose une distinction entre « reconnaissance » et « identification ». Il est possible de retrouver, bien que d'une manière implicite, cette distinction dans la pensée de Freud. Dès le début, cet auteur avait mis en évidence que le reconnaissable pour la conscience n'épuise pas le champ de la représentation, et constitue une fonction dérivée et discontinue. A tout moment, une représentation non présente au niveau de la perception peut envahir le champ scopique et s'imposer pendant quelques instants. Certains cas fournis dans « Psychopathologie de la vie quotidienne⁸⁴ » nous offrent de bons exemples à ce sujet. Par exemple, lorsque nous disons ou nous lisons un mot à la place d'un autre, nous réalisons que nous avons de fait identifié autre chose que ce que nous pensions reconnaître. La deuxième série de phénomène concernant la prosopagnosie se présente comme une déformation de l'image qui se porte électivement sur le visage tout en laissant intacte la reconnaissance de celui-ci⁸⁵. En d'autres termes, il y aurait un phénomène d'identification, selon le sens que Thibierge lui donne, c'est-à-dire l'émergence d'une représentation psychique modifiant le percept. Pour les rapprochements d'ordre phénoménologique à la clinique de certains cas d'anorexie, il nous semble intéressant de proposer l'observation suivante, rapporté par les auteurs, chez une malade : « *Les visages sont étirés dans le sens de la largeur, et elle met l'accent sur la laideur des physionomies qu'elle voit ; ainsi à l'observateur elle déclare : 'vous avez les lèvres étirées, le nez élargi, vous êtes grimaçant, vous êtes étiré plutôt dans le sens de la largeur, c'est quelque chose de pas beau, vos yeux sont étirés avec un énorme rond dessous.' La déformation s'étend à son propre visage vu dans le miroir : ' Je vois une vieille femme toute déformée, je ne m'imagine pas que*

⁸³ Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps. Etude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999, p. 189.

⁸⁴ Freud S. (1901) *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Payot, 1967.

⁸⁵ Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps. Etude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999, p. 189.

je suis comme ça : par exemple, je sais que j'ai la bouche très arquée, quand je me regarde dans la glace je ne m'en aperçois même pas, j'ai le front plissé, ridé.'⁸⁶».

Pour le domaine des psychoses, S. Thibierge soutient et démontre que la perte d'une signification atteint les coordonnées même de l'image spéculaire et a une incidence sur la signification et sur les deux versants de la reconnaissance et de l'identification. Cette clinique est illustrée par les syndromes de Capgras⁸⁷ et de Frégoli. Pour exemple, nous allons prendre en compte le syndrome de Frégoli qui a été décrit par Courbon et Fail⁸⁸ en 1927. Classé parmi les délires d'identification des personnes, ce syndrome doit son nom à un fameux transformiste italien qui incarnait lors de ses représentations de nombreux personnages. La personne atteinte de ce syndrome est convaincue qu'une même personne, généralement persécutrice, s'incarne dans divers proches en modifiant constamment son aspect. Le persécuteur est souvent un inconnu, mais il peut parfois être désigné comme un proche, un voisin, un soignant ou un membre de la famille. Il change de visage et apparaît comme une même personnalité qui prend différentes apparences. Jacques Vié⁸⁹ et Pierre Janet⁹⁰ ont donné des contributions importantes qui précisent certains aspects cliniques des syndromes de Capgras et de Frégoli. Le premier cas cité par Vié concerne une femme dont le mari est parti en guerre de 1914-1918. Internée en 1923, elle soutient que son mari n'est en réalité jamais parti parce qu'elle a eu de fréquents rapports sexuels avec lui, mais il dissimulait son identité sous différentes apparences. Du point de vue de la reconnaissance, du percept, elle se rend bien compte qu'il y avait des différences physiques, mais son mari pouvait changer de figure facilement en étant un véritable illusionniste. Elle a eu donc des relations avec plusieurs hommes qui semblent différents mais qui sont en réalité toujours le même, à savoir son mari. Cette femme spécifie ce « même » en évoquant le fait que lors des rapports sexuels c'était toujours la même façon de faire. A propos de ce cas, S. Thibierge nous propose les considérations suivantes : « *Ce qui vient polariser chez elle l'identification du même trait récurrent, auquel peut indifféremment s'accrocher n'importe quelle apparence d'homme, c'est quelque chose à quoi son propos attache une valeur caractéristique d'énigme ou de bizarrerie, à savoir la fonction sexuelle ici détachée comme telle, dans une répétition*

⁸⁶ Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps. Etude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999, p. 189-190.

⁸⁷ Capgras J., Lucchini P., Schiff P. « *Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies* ». Bull. sco. clin. méd. ment., décembre 1924, p. 210-217.

⁸⁸ Courbon P., Fail G. « *Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie* ». Bull. Soc. clin. méd. ment., 1927, 5-6-7, p. 121-125.

⁸⁹ Vié J. « *Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies* », Ann. méd.-psych., 1930, t. I, p. 214-237.

⁹⁰ Janet P. « *L'hallucination dans le délire de persécution* », Revue philosophique, 1932, janvier à juin, p. 61-98 et 279-331 ; « *Les sentiments dans le délire de persécution* ». Journal de psychologie, 1932, mars-avril, p. 161-241 et mai-juin, p. 401-461.

*indifférenciée. Ce trait, c'est son mari, un, unique et le même quelle que soit l'image*⁹¹ ». Bien que cette patiente puisse reconnaître au niveau du percept une différence entre l'homme qu'elle voit et son mari, elle identifie un trait qui s'impose au niveau du percept en lui donnant la certitude que l'homme qui est en face d'elle est son mari.

Nous allons maintenant proposer un rapprochement entre la perte d'une signification ayant une incidence sur l'image spéculaire, comme ça a été développé par Thibierge, et certains cas d'anorexie qui semblent se situer du côté de la psychose où la perte de signification concernerait des caractères liés à la sexualité. Nous reprendrons, en partie, le développement de ce processus pathologique avec J.D. Nasio⁹² qui le situe, comme nous l'avons nous même proposé, pendant la puberté. Comme indiqué à l'introduction de ce paragraphe, c'est à partir des changements corporels profonds que la vue du corps propre devient insupportable et que l'anorexique veut bannir de sa vie psychique cette représentation. Nous allons maintenant suivre le destin de cette représentation qui est bannie dans une organisation psychotique et, ensuite, spécifier sa nature.

S. Freud a toujours soutenu l'idée qu'un événement, une représentation ou une sensation inconciliable avec le fonctionnement psychique habituel peut déclencher des symptômes névrotiques ou une psychose hallucinatoire. Il a mis essentiellement l'accent sur l'aspect inconciliable d'une expérience avec l'ensemble du fonctionnement psychique et sur le conflit qui s'ensuit. La manière de répondre à ce conflit, appelé « mécanisme de défense », déterminerait la spécificité de la pathologie, à savoir soit une névrose soit une psychose. En 1984, Freud propose une mécanisme de défense spécifique pour la psychose et choisit le verbe « rejeter » pour l'indiquer. Ainsi, dans le cas de la psychose, le sujet rejeterait la représentation insupportable ou son substitut à l'extérieur du psychisme. A ce sujet, Freud écrit : « *Il existe une sorte de défense bien plus énergique et bien plus efficace qui consiste en ceci que le moi rejette (verwirft) la représentation insupportable en même temps que son affect et se conduit comme si la représentation n'était jamais parvenue au moi* »⁹³. A cette période, l'état psychotique serait donc, selon Freud, l'expression d'une tentative désespérée du moi de se préserver en se débarrassant d'une représentation inassimilable qui, comme un corps étranger, menacerait son intégrité. A partir de cette description du processus psychotique, nous pouvons décrire schématiquement deux temps : un premier temps où il y aurait un surinvestissement par le moi d'une représentation incompatible avec les autres représentations normalement investies, et un deuxième temps où le sujet rejeterait

⁹¹ Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps. Etude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999, p. 64-65.

⁹² Nasio J.-D. *Mon corps et ses images*. Paris : Payot, 2007.

⁹³ Freud S. (1894) « *Les psychonévroses de défense* » in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1973, p. 1-14.

violemment cette représentation engendrant ainsi une abolition de la réalité dont la représentation était la copie psychique.

Dans les « Etudes sur l'hystérie », lorsqu'il présente la première description du transfert négatif, Freud emploie le « rejet » comme un synonyme du refoulement, à propos d'une patiente hystérique qui aurait « rejeté » dans l'inconscient un désir ancien d'être embrassée par un homme avec qui elle avait conversé⁹⁴. Beaucoup plus tard, dans « Totem et tabou », on rencontre une acception du « rejet » qui dérive de la précédente et qui est placée au fondement de la conscience morale⁹⁵. Ce concept apparaît aussi dans le cas clinique « L'homme aux loups⁹⁶ » et l'écrit « La négation⁹⁷ ». Malgré ces différentes apparitions de ce mot « rejet », le statut théorique reste incertain dans les travaux de Freud. Les significations liées à ce terme sont donc assez variées, néanmoins on peut essentiellement les ramener à trois⁹⁸ : dans le sens d'un refus qui peut s'opérer sur le mode du refoulement, dans le sens d'un rejet sous la forme du jugement conscient de condamnation⁹⁹ et dans le sens d'un mécanisme de défense bien plus énergique que le refoulement. Lacan mettra en avant ce dernier sens, en se référant surtout à deux textes de Freud : « L'homme aux loups » et l'écrit « La négation ». Cet écrit sur « la négation » permettra à Lacan de préciser la « forclusion », mot qu'il préfère à celui de « rejet », dans son rapport à un procès primaire qui comporte deux opérations complémentaires : l'introduction dans le sujet et l'expulsion hors du sujet. La première opération consisterait à accepter une représentation, la deuxième à la refuser. La première de ces opérations est ce que Lacan nomme « symbolisation », ou « Bejahung » (position, affirmation) primaire. La seconde, appelée forclusion, consisterait à ne pas symboliser ce qui aurait dû l'être.

Le refoulement et la forclusion échouent tous les deux dans leur tentative de contrer la représentation intolérable de la castration puisque celle-ci fait inévitablement retour, mais les modalités névrotiques et psychotiques de ce retour sont très différentes. Dans la névrose, ce qui est refoulé et son retour sont homogène étant tout les deux de nature symbolique. Tandis que dans la psychose, ce qui est rejeté et son retour sont profondément hétérogènes. Dans le cas du refoulement, le retour de la représentation est encore une représentation qui fait toujours partie du moi. Par exemple, un symptôme névrotique serait un retour de même nature symbolique et tout aussi intégré au moi que la représentation refoulée, tandis que le retour

⁹⁴ Freud S. (1892-1895) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1967, p. 245.

⁹⁵ La conscience morale est « la perception interne du rejet de certains désirs que nous éprouvons, étant bien entendu que ce rejet n'a pas besoin d'invoquer des raisons quelconques, qu'il est sûr de lui-même », Freud S. (1912-1913) *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1986, p. 82.

⁹⁶ Freud S. *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.

⁹⁷ Freud S. (1925) « La négation » in *Œuvre complètes*. Vol. XVII, Paris : PUF, p. 165-171.

⁹⁸ Laplanche J., Pontalis J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967, p.164.

⁹⁹ On trouve dans cette acception le mot composé « Urteilsverwerfung » dont Freud indique lui-même qu'il est synonyme de « Verurteilung » qui signifie « jugement de condamnation ».

psychotique serait tout autre chose que la représentation rejetée. Selon Lacan, ce qui serait rejeté, et qui ne serait donc pas symbolisé, réapparaîtrait dans le réel. A titre d'exemple, la non-acceptation et non symbolisation de la castration dans le cas de l'Homme aux loups¹⁰⁰ réapparaîtrait dans le réel sous la forme d'une hallucination. L'image hallucinée de son petit doigt coupé, n'ayant aucune des propriétés symboliques d'une représentation, est saisi par le moi sans aucun affect et perçue avec la netteté d'une réalité indéniable qui lui serait étrangère. Lorsque Lacan isole le concept de forclusion chez l'Homme aux loups, ce concept est mis en relation avec la fonction paternelle.

La fonction paternelle mettrait en place la « barrière de l'inceste » pour réguler la position du sujet à l'égard de son désir et de sa jouissance. Il convient de souligner que selon Lacan¹⁰¹ la forclusion se porterait sur un signifiant particulier lié à la fonction paternelle, appelé par Lacan « Nom-du-Père », et non sur des signifiants quelconques, ni sur des expériences singulières. Cependant, plusieurs auteurs¹⁰² se référant aux travaux de J. Lacan supposent l'existence d'une forclusion qui porterait sur des éléments autres que le Nom-du-Père. Dans le cadre de ce travail de DEA et de ce développement sur la forclusion, nous retiendrons de Freud et de Lacan essentiellement les deux points suivants :

- La représentation que le moi veut bannir de sa réalité psychique concerne la réalité sexuelle ;
- L'hypothèse d'un mécanisme de défense bien plus énergique que le refoulement appelé « forclusion ». Ce mécanisme serait spécifique à une organisation psychotique.

Sur la base des éléments que nous venons de développer, il nous semble possible de proposer une modalité spécifique du fonctionnement psychique de l'anorexique chez un sujet s'inscrivant dans une structure psychotique. Nous avons choisi de prendre en compte les cas d'anorexie qui se déclenchent pendant la puberté. A cette période, le sujet se trouve face à de complexes transformations corporelles et psychiques qui entraîne la réactualisation d'une problématique infantile liée à la sexualité. Concernant la psychose, il s'agirait d'interroger la manière dont s'actualise, lors de ce processus de la puberté, le rapport du sujet à la sexualité. Plus précisément, il s'agirait d'interroger la manière de répondre à l'appel de la jouissance dans une organisation psychique où la position du sujet n'a pas été régularisé à l'égard du

¹⁰⁰ Freud S. (1918) « *L'homme aux loups* » in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1995.

¹⁰¹ Lacan J. (1958-1959) *Le séminaire III. Les psychoses*. Paris : Seuil, 1981.

¹⁰² Pour exemple, Melman propose « une tentative de forclusion propre à cet âge (adolescence) » : Melman Ch., « *Une question particulière du père à l'adolescence ?* », in *Clinique psychanalytique. Articles et communications. 1973-1990*, publication de l'Association freudienne, Paris : Grenoble, 1991, p. 193 ; J.-D.Nasio propose « une forclusion locale » in : *Les yeux de Laure. Transfert, objet a et topologie dans la théorie de J. Lacan*. Paris : Fata Morgana, 1987.

désir et de la jouissance par la fonction paternelle. Comme nous l'avons déjà indiqué, face aux changements corporels, l'anorexique voudrait bannir de sa vie psychique les caractères qui représentent, au niveau de l'image spéculaire, l'être femme ou l'être homme. Une représentation insupportable et bannie de la vie psychique selon les modalités propre à la forclusion réapparaîtrait dans le monde des sens en tant que chose hallucinée, visuelle, auditive, olfactive ou tactile. L'hallucination serait donc un trouble grave de la perception provoquée par un trouble de la symbolisation, à savoir par l'expulsion d'une représentation ou signification que le sujet ne peut pas tolérer. Dans les cas d'anorexie chez un sujet psychotique, la fille refuserait d'intégrer dans le moi la représentation inacceptable du corps féminin. Ainsi, la représentation repoussante du corps féminin réapparaîtrait sous la forme d'une hallucination visuelle, c'est-à-dire celle de se voir grosse.

A présent, il nous semble possible de proposer un rapprochement entre les manifestations pathologiques de la patiente atteinte du syndrome de Capgras citée par Vié et cette clinique de l'anorexie sur un versant psychotique. Comme nous l'avons expliqué, la patiente citée par Vié, bien qu'elle pouvait reconnaître des différences au niveau de la reconnaissance, identifiait toujours le même trait sur une personne qui n'était pas son mari lui donnant la certitude que celle-ci était son mari. Dans la clinique de l'anorexie dans une structure psychotique, l'anorexique, bien qu'elle puisse reconnaître et distinguer au niveau du percept une forme grosse d'une forme maigre, identifierait toujours le même trait de grosseur sur son image spéculaire en lui donnant la certitude qu'elle est grosse. L'anorexique s'engagerait ainsi dans un combat sans fin contre ces traits persécuteurs de grosseur. Nous voyons ici le corps persécuteur décrit par Selvini¹⁰³ qui considérait cette pathologie comme une forme de « psychose mono-symptomatique ».

3. 2. Cas d'anorexie se situant dans un contexte psychopathologique hystérique

L'hystérie et l'anorexie ont plusieurs points en commun que nous allons succinctement énoncer ici et que nous reprendrons avec T. Vincent¹⁰⁴. Comme pour l'hystérie, le corps de l'anorexique est au centre de la pathologie et devient une scène où la souffrance se donne à voir. A la fin du XIX^{ème} siècle, cette souffrance se manifestait sous la forme de crises, de spasmes et de convulsion ; de nos jours, elle apparaît sous la forme de cachexie. Par ailleurs, bien qu'il y ait des formes masculines d'hystérie et d'anorexie, elles restent essentiellement des formes féminines.

Comme dit à l'introduction de ce paragraphe, nous avons choisi de prendre en compte les cas d'anorexie qui se déclenchent pendant la puberté. A cette période, le sujet se trouve face à de

¹⁰³ Voir le paragraphe 4.4 du premier chapitre de notre travail.

¹⁰⁴ Vincent T. (2000) *L'anorexie*. Paris : Odil Jacob, 2006.

complexes transformations corporelles et psychiques qui entraînent la réactualisation d'une problématique infantile liée à la sexualité. Concernant l'hystérie, il s'agirait d'interroger la manière dont s'actualise, lors de ce processus de la puberté, le rapport du sujet à la sexualité et d'interroger le type de défense mobiliser pour contrer l'appel à la jouissance faisant suite aux transformations du corps. Ces deux aspects, le corps et la jouissance, ont été étroitement liés à l'hystérie dès les premiers développements sur cette pathologie proposés par Freud. Sans vouloir nous attarder dans les détails des découvertes du fonctionnement psychique de l'hystérique, il importe ici de nous arrêter seulement sur quelques points saillants. Si nous abordons l'hystérie du point de vue descriptif, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une névrose qui apparaît le plus souvent pendant des événements difficiles ou des périodes critiques de la vie, comme par exemple à l'adolescence¹⁰⁵. Dès les premières descriptions cliniques de cette pathologie, le corps a été la scène princeps où les symptômes ont été découverts. En effet, l'hystérie se manifeste le plus souvent sous la forme de symptômes somatiques tels que les perturbations de la motricité – difficultés de la marche, paralysies des membres, paralysies faciales, etc. -, les troubles de la sensibilité – douleurs locales, migraines, etc. – et les troubles sensoriels – cécité, surdité, etc. Du point de vue psychique, l'hystérie serait surtout, selon la psychanalyse, un état pathologique concernant le lien que l'hystérique entretient avec autrui. Ce lien est dominé par un fantasme inconscient où le sujet joue le rôle d'une victime malheureuse et constamment insatisfaite. La psychanalyse a découvert que cet état d'insatisfaction permettrait à l'hystérique de se mettre à l'abri d'un danger qu'elle redoute le plus. Selon Freud, ce danger remonte à l'enfance, et précisément à la période du « complexe d'Œdipe » indiquant la scène fantasmatique où le sujet a peur de jouir de ce qu'il désire le plus. En mettant au centre de cette pathologie le complexe d'Œdipe, la psychanalyse a précisé la nature de cette peur. Le grand danger redouté et menaçant pour l'hystérique serait le danger de vivre la satisfaction d'une jouissance maximale assimilée à l'inceste. A partir de ce danger, l'hystérique s'évertue pour éviter toute expérience susceptible d'évoquer un état de pleine ou absolue satisfaction. La possibilité de jouir deviendrait donc la peur principale contre laquelle l'hystérique met en œuvre un scénario fantasmatique destiné à se prouver et prouver au monde qu'il n'y a de jouissance qu'insatisfaite. Le maintien d'un état d'insatisfaction serait donc une forme de protection contre la menace d'une jouissance perçue comme un risque de désintégration.

Nous voudrions, à présent, exposer notre hypothèse. A la puberté, les transformations corporelles, qui réactualisent une problématique infantile liée à la sexualité, révoquerait le danger de cette jouissance maximale assimilée à l'inceste. Lorsque les premiers signes sensibles et visibles de la puberté apparaissent, l'anorexique ne voudrait pas accepter de se sentir femme et de voir son corps de femme. Plus précisément, l'anorexique s'inscrivant dans

¹⁰⁵ Nasio J.-D. *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse*. Paris : Payot, 1995, p.15.

une structure hystérique, ne refuserait pas d'être une femme en tant que personne de sexe féminin opposé au sexe masculin, mais elle refuserait le corps féminin en tant qu'objet de jouissance. La vue de son corps deviendrait insupportable et l'anorexique voudrait bannir de sa vie psychique les caractères signifiants du corps pouvant évoquer la jouissance. A la différence de l'anorexique chez un sujet psychotique, le mécanisme de défense mis en œuvre pour se défaire de ces premiers signes sensibles et visibles de la puberté serait le refoulement.

L'anorexique éloignerait donc de sa vie psychique ces caractères signifiants comme source de jouissance par le refoulement et les tiendraient à l'écart de la conscience en mettant en place un idéal ayant comme but la minceur. Cet idéal de minceur permettrait ainsi de reconquérir un corps infantile où aucun signe visible évoquant la jouissance n'apparaît encore. Cet idéal prendrait davantage appui et se nouerait autour de l'idéal social largement véhiculé par les médias concernant les exigences féminines de minceur, de régime et de performance. Cela expliquerait par ailleurs l'augmentation de cas d'anorexies dans des sociétés¹⁰⁶ où cet idéal est largement diffusé et partagé. Nous voyons là réapparaître la classique suggestibilité hystérique qui paraît à première vue à l'opposé de la volonté tenace qui caractérise l'anorexique. Du point de vue du stade du miroir, cet idéal correspondrait à l'idéal du moi.

Il y aurait aussi un rapprochement entre cet idéal de l'anorexique et certains idéaux présents dans l'histoire de notre culture. Selon T. Vincent¹⁰⁷, l'anorexique reproposerait une expérience subjective, certainement d'une manière renouvelée, s'inscrivant dans le vaste mouvement du renoncement à la chair qui fût à certaines époques de l'humanité un idéal social et qui a été particulièrement traité par P. Brown¹⁰⁸. Dans ce mouvement, le corps était vécu à la fois comme le lieu de l'âme – le temple de Dieu – et à la fois comme le lieu de la chair habité par le péché. Le corps était au centre d'une pratique de la contention visant essentiellement la sexualité considérée comme ce qui marque les corps d'une différence qui renvoie continuellement à la faute originelle. Le mal prend racine de cette différence sexuelle qui soutient l'exercice de la sexualité et ses tentations de concupiscence. Celui ou celle qui choisit la volonté de Dieu contre les caprices de la chair s'engage dans le célibat ou plus encore dans la virginité, et en particulier la virginité féminine puisqu'elle fait résistance à la pratique de la sexualité et à ses conséquences tel que l'enfantement. L'engendrement était aussi considéré comme la racine du mal parce qu'il transmet à chaque nouveau-né le péché d'Adam et Eve. Selon T. Vincent l'anorexique pousse à l'extrême la contention, le jeûne et, l'abstinence et le renoncement et « *ce qu'elle veut sauver, c'est l'esprit comme volonté et*

¹⁰⁶ Gordon R. A. *Anorexie et boulimie, anatomie d'une épidémie sociale*. Paris : Stock, 1992.

¹⁰⁷ Vincent T. (2000) *L'anorexie*. Paris : Odil Jacob, 2006.

¹⁰⁸ Brown P. *Le Renoncement à la chair*. trad. Dauzat P-E. et Jacob C., Paris : Gallimard, 1988.

comme domination, et à lire les nombreux témoignages qu'elle laisse ça ou là, jamais l'esprit ne paraît aussi aiguisé que lorsque la chair est matée¹⁰⁹ ».

4. Conclusion

Au terme de cette étude, il nous semble possible de proposer des hypothèses de recherche pour un travail de doctorat concernant le thème « éléments pour une clinique différentielle de l'anorexie à travers le stade du miroir ».

En premier lieu, nous avons proposé d'aborder l'anorexie comme une pathologie concernant essentiellement la vie sexuelle et les relations objectales. Plus précisément, nous avons proposé de mettre l'accent sur les conflits se situant au niveau du corps, et non pas au niveau des fonctions alimentaires. Au terme du premier chapitre, nous avons montré l'importance des perturbations concernant les relations que l'anorexique entretient avec son corps et son image du corps à partir d'une étude approfondie de la littérature sur l'anorexie. En raison de cette importance du corps et de l'image du corps, nous avons choisi de nous appuyer sur le stade du miroir pour procéder à la recherche d'éléments visant à établir ce que nous avons appelé « une clinique différentielle de l'anorexie ».

En second lieu, nous avons proposé d'envisager l'anorexie comme l'expression d'un trouble s'inscrivant dans des contextes psychopathologiques divers. Dans le domaine psychanalytique, l'anorexie a été considérée soit comme un symptôme se manifestant à partir de différentes organisations psychiques soit comme une structure spécifique. Cependant, même quand l'hypothèse d'une structure psychopathologique autonome est évoquée, les auteurs sont amenés à la rapporter à des mécanismes non spécifiques qui peuvent se retrouver dans différentes structures. A travers un parcours des différents apports psychanalytiques, nous avons montré la pertinence de nous en tenir, dans un premier temps, à deux contextes psychopathologiques, notamment à une structure psychotique et névrotique. En posant l'hypothèse d'une distinction entre symptôme et structure, nous voudrions rendre compte des différents axes névrotiques et psychotiques évoqués dans la littérature sur l'existence de différents types d'anorexies selon la structure du sujet. A partir de ce choix, nous motivons l'intérêt à nous engager sur la voie d'une clinique différentielle de l'anorexie et à repérer des éléments de partage entre ces différents contextes psychopathologiques. Nous avons proposé le stade du miroir comme terrain théorique où puiser et dégager ces éléments.

En suivant cette orientation selon laquelle l'anorexie s'inscrirait dans des structures psychiques sous-jacentes différentes, nous avons consacré une partie de ce deuxième chapitre

¹⁰⁹ Vincent T. (2000) *L'anorexie*. Paris : Odil Jacob, 2006, p. 161-162.

aux développements des premiers éléments visant à établir une clinique différentielle de l'anorexie. Pour un souci de clarté et de simplicité, nous nous sommes limités à prendre en compte une seule période de la vie pendant laquelle se déclencherait et se formerait le symptôme anorexique. Cependant, nous souhaiterions pouvoir remettre à un travail de doctorat la prise en compte d'autres tranches d'âge. La période de la vie que nous avons choisi est la puberté en raison de l'idée partagée par la plupart des auteurs que l'anorexie serait un désordre qui se rencontre plus fréquemment à l'adolescence et qui serait, en plus, liée au processus même de cette période. Pendant la puberté, le sujet est confronté à de complexes transformations corporelles et psychiques qui entraînent la réactualisation d'une problématique infantile liée à la sexualité. Lors de ce processus, le rapport du sujet à la sexualité est remis en cause. Pour les deux contextes psychopathologiques, notamment la structure psychotique et névrotique, nous avons soutenu l'hypothèse que, lorsque les premiers changements corporels se présentent, l'anorexique voudrait se défaire des caractères qui signifient l'être femme ou l'être homme, et maigrir serait une tentative de gommer ces caractères signifiants liés à la sexualité. Selon le contexte psychopathologique de référence, nous avons supposé la mise en œuvre de mécanismes spécifiques pour contrer l'appel à la jouissance et faire face à ce refus, et une position subjective différente du vécu de l'image spéculaire. Au terme de ce chapitre, il nous semble raisonnable d'avancer les hypothèses suivantes :

- Concernant l'anorexie s'inscrivant dans une structure psychotique, l'anorexique mettrait en œuvre un mécanisme spécifique appelé « forclusion ». Ce mécanisme entraînerait des perturbations de la perception de l'image spéculaire selon les modalités que nous avons décrites. En résumant, la représentation repoussante du corps féminin réapparaîtrait sous la forme d'une hallucination visuelle, c'est-à-dire celle de se voir grosse. A partir de ce trouble, l'anorexique s'engagerait à poursuivre un jeûne pour se défaire de ces caractères hallucinés. Concernant la position subjective du vécu de l'image spéculaire, l'anorexique se verrait grosse en dépit de la réalité et vivrait son corps comme persécuteur. Cependant, cette hypothèse nous oblige à introduire et à proposer une hypothèse supplémentaire concernant la forclusion. Tout en partageant l'hypothèse d'une forclusion liée à la fonction paternelle étant spécifique à une organisation psychotique, nous supposons également l'existence d'une forclusion qui porterait sur des éléments autres que le Nom-du-Père. Or, cette hypothèse concernant la forclusion, étant donné qu'elle ne porterait pas sur le Nom-du-Père, soulèverait plusieurs questions telles que : « Quel statut devrions-nous donner à cette forclusion ? Devrions-nous la supposer toujours spécifique à une structure psychotique ? Quel serait son rapport avec la forclusion qui porte sur le Nom-du-Père ? » Dans le cadre de ce travail de DEA, nous n'avons pu soulever ces questions car elle nécessiteraient un développement à part et, surtout, une mise à l'épreuve de la clinique. Cependant, nous souhaiterions y donner suite dans le cadre d'un travail de doctorat.

- Concernant l'anorexie s'inscrivant dans une structure hystérique, l'anorexique mettrait en œuvre un mécanisme spécifique appelé « refoulement ». Le sujet tiendrait à l'écart de la conscience le contenu refoulé à travers la mise en place d'un certain type d'idéal. En résumant, cet idéal se rapprocherait à une expérience subjective, certainement d'une manière renouvelée, s'inscrivant dans le vaste mouvement du renoncement à la chair qui fût à certaines époques de l'humanité un idéal social et se nouerait, de plus, autour de l'idéal social largement véhiculé par les médias concernant les exigences féminines de minceur, de régime et de performance. Cet idéal pousserait l'anorexique à s'engager dans un combat contre les caractères signifiants qui apparaissent au niveau de l'image spéculaire pouvant évoquer le contenu refoulé. Cet idéal de minceur permettrait ainsi de reconquérir un corps infantile où aucun signe visible évoquant la jouissance n'apparaît encore. Concernant la position subjective du vécu de l'image spéculaire, l'anorexique se situant dans cette structure psychique se sentirait très fière de son apparence corporelle, mais également insatisfaite de son but atteint. Tout en étant consciente de sa maigreur, elle attribuerait à cet aspect une valeur esthétique et morale particulière.

Nous pensons avoir ainsi justifié nos premières hypothèses et notre cadre théorique de référence. Nous avons en outre proposé de premiers éléments pour une clinique différentielle de l'anorexie mentale qui attendent d'être approfondis, élargis et mis à l'épreuve de la clinique.

BIBLIOGRAPHIE

Apfelbaum-Igoin L., Ceulemans V., Charlier D. et al. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitements.* Bruxelles : Editions De Boeck, 1996.

Bidaud E. *Anorexie mentale, ascèse, mystique. Une approche psychanalytique.* Paris : Denoël, 1997.

Birot E., Chabert C., Jeammet Ph. et al. *Soigner l'anorexie et la boulimie. Des psychanalystes à l'hôpital.* Paris : PUF, 2006.

Birreaux A. *Le corps adolescent.* Paris : Bayard, 2004.

Branch C. H., Eurman K. J. « *Social attitudes toward patients with anorexia nervosa* ». *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, p.631-632.

Brown P. *Le Renoncement à la chair.* trad. Dautzat P-E. et Jacob C., Paris : Gallimard, 1988.

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

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

Brusset B. « *L'anorexie mentale des adolescents* », in : Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Volume 2, Paris : PUF, 2004, p.1693-1711.

Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale.* Paris : Dunod, 1998.

Bychowski G. « *Structures des dépressions chroniques et latentes, XXI^{ème} Congrès international de Psychanalyse* ». Copenhague, juillet 1959, *Rev. Fr. Psychanal.*, 1961, 4-5-6.

Cantwell D.P., Sturzenberger S. et Coll. « *Anorexia nervosa. An affective disorder?* ». *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1977, 34, n° 9, p. 1087 – 1093.

Capgras J., Lucchini P., Schiff P. « *Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies* », *Bull. sco. clin. méd. ment.*, décembre 1924, p. 210-217.

Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris: PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004.

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic. CIM-10/ICD-10. Paris : Masson, 1992.

Codeau E., Dressen C., Navarro et al. *Les années collège : enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*, Editions CFES, 2000.

Corcos M. *Le corps insoumis, Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, 2005.

Corcos M., Loas G., Flament M. et al. « Risk factors for addictive disorders ». *Am / Psychiatry*, 2001.

Courbon P., Fail G. « Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie ». *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, 1927, 5-6-7, p. 121-125.

Cuadrado C., Carajal A., Moreiras O. « Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents ». *European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54 (suppl. 1), S65-S68.

Decourt J. « L'anorexie mentale au temps de Ch. Lassègue et de W. Gull ». *Presse Méd.*, 1954, 62, 16, p. 355-358.

Denes G., Pizzamiglio et al. (1990) *Normalità et patologia dei processi cognitivi*. Bologna : Zanichelli, 2000, p. 520-521.

Dor J. « Langage et communication dans la problématique lacanienne des psychoses » in : Ladame F., Gutton P., Kalogerakis M. *Psychoses et adolescence*. Paris : Masson, 1989, p.46-49.

Dor J. *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris : Denoël, 2002, p.372-381.

DSM III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, trad. fr. sous la direction de P. Pichot et J. D. Guelfi, Paris : Masson, 1983.

DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000), trad. fr. par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson, 2003.

Dugas M., Gueriot C., Julien P. « Les moments dépressifs de l'anorexie mentale », *Ann. Méd. Interne* 1973, 124, 7, p. 858-859.

Freud S. (1884) « Les psychonévroses de défense » in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1973, p. 1-14.

Freud S. (1887-1902) *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956, p. 93.

Freud S. (1892-1895) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1967.

- Freud S. (1892) « *Un caso di guarigione ipnotica* » in : *Opere 1886 – 1895 e altri scritti*. Torino : Bollati Boringhieri, 1989.
- Freud S. (1901) *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Payot, 1967.
- Freud S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.
- Freud S. (1912-1913) *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1986, p. 82.
- Freud S. (1914) « *Pour introduction au narcissisme* » in : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969, p. 81-105.
- Freud S. (1918) « *L'homme aux loups* » in : *Cinq psychanalyses*, Paris : PUF, 1995.
- Freud S. *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.
- Freud S. (1925) « *La dénégation* » in : *Œuvre complètes*, Vol. XVII, Paris : PUF, p.165-171.
- Fuso S. *Mémoire de fin d'études : Les fonctions de maintien de l'anorexie mentale : construction et validation d'un questionnaire d'auto-évaluation*. Université Libre de Bruxelles, 2003.
- Gallagher S., Butterworth G.E., Lew A., Cole J. « *Hand-mouth coordination, congenital absence of limb, and evidence for innate body schemas* ». *Brain Cogn*, 1998, 38, p. 53-65.
- Garner D.M. « *Psychoeducational principles in treatment* » in : Garner D.M., Garfinkel P.E. *Handbook of Psychothérapie for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1997, p.145-177.
- Garner D.M., Bmis K.M. « *Cognitive thérapy for anorexia nervosa* » in: Garner D.M., Garfinkel P.E. *Handbook of Psychothérapie for Anorexia Nervosa and Bulimia* . New York : The Guilford Press, 1985, p.107-146.
- Gordon R. A. *Anorexie et boulimie, anatomie d'une épidémie sociale*. Paris : Stock, 1992.
- Janet P. « *Les sentiments dans le délire de persécution* ». *Journal de psychologie*, 1932, mars-avril, p. 161-241 et mai-juin, p. 401-461.
- Janet P. « *L'hallucination dans le délire de persécution* ». *Revue philosophique*, 1932, janvier à juin, p. 61-98 et 279-331.
- Jeammet Ph. *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Editeurs, 1985, p. 2.
- Jeammet Ph. « *Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique* » in Padiou U. et al., *Dépendance et conduite de consommation. Questions en santé publique. Intercomissions Inserm*. Paris : Les Editions Inserm, 1997, pp. 33-56
- Jeammet Ph., Corcos M. *Evolution des problématiques adolescentes. La dépendance et ses aménagements*. Paris : Editions Doin, 1999.

Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972) *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : PUF, 1983, p. 14.

Köhler W. *The mentality of apes, Routledge and Kegan*. London : Paul, 1925, trad.It. « *L'intelligenza nelle scimmie antropoidi* ». Firenze : Giunti Barbera, 1961.

Lacan J. (1949) « *Le stade du miroir comme formateur du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* » in : *Ecrit*, Paris : Seuil, édition en poche, 1966, p. 92-99.

Lacan J. (1948) « *L'agressivité en psychanalyse* » in : *Ecrits*, Paris : Seuil, édition en poche, 1999, p. 100-123.

Lacan J. (1955-1956) *Le séminaire I. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1978.

Lacan J. (1958-1959) *Le séminaire III. Les psychoses*. Paris : Seuil, 1981.

Lacan J. (1960-1961) *Le Séminaire VIII. Le transfert*. Paris : Seuil, 1991.

Laplanche J., Pontalis J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

Le Gaufey G. *Le lasso spéculaire. Une étude traversière de l'unité imaginaire*. Paris : E.P.E.L., 1997.

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

Maleval J.C. *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et la clinique*. Paris : Seuil, 2000.

McElhone S., Kearney J. M., Giachetti I. et al. « *Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union* ». *Public Health Nutrition*, 1999, 2, p. 141-151.

Melman Ch. « *Une question particulière du père à l'adolescence ?* » in : *Clinique psychanalytique. Articles et communications. 1973-1990*, publication de l'Association freudienne, Paris : Grenoble, 1991, p. 193.

Melzack R. « *Phanton limbs and the concept of a neuromatrix* ». *Trends Neurosci*, 1990, 13, p. 88-92.

Meng H. *Psyche und Hormon*. Berne : Hans Huber, 1944.

Nasio J.-D. *Les yeux de Laure. Transfert, objet a et topologie dans la théorie de J. Lacan*. Paris : Fammarion, 1987.

Nasio J.-D. *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse*. Paris : Payot, 1995.

Nasio J.-D. *Mon corps et ses images*. Paris : Payot, 2007.

Nicolle G. « *Prepsychotic anorexia* ». *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1938, 3, p. 1-15.

- Oberholzer M. « *Aus der Analyse eines dreizehnjaehrigen Maedchens* ». Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1930, 26, p. 287-292.
- Orbach S. « *Accepting the symptom : A feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa* », in : Garner D. M., Garfinkel P. E. (eds). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985, p.83-104.
- Porot M. « *L'anorexie mentale : protestation et dépression* ». Sem. Hôp. Paris, 1981, 57, n° 43-44, p. 1837-1840.
- Ramachandran V.S., Hirstein W. « *The perception of phantom limbs* ». The D.O. Hebb lecture. Brain, 1998, 121, p. 1603-30.
- Sacks O. (1985) *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Editions du Seuil, 1992.
- Safouan M. *Lacanian. Les séminaires de Jacques Lacan*. Paris : Fayard, 2001, p.185-230
- Schilder P. *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1968.
- Selvini-Palazzoli M. *L'Anorexia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano : Feltrinelli, 1981.
- Selvini-Palazzoli M. « *La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle* ». Actualité psychiatrique, 1982, 12, p. 15-25.
- Slade P. « *Toward a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa* ». British Journal of Clinical Psychology, 1982, 21, p. 167-179.
- Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps. Etude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999, p. 189.
- Thibierge S., Morin C. *L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse*. Evol. Psychiatr., 2004, 69, p. 417-430.
- Vié J. « *Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies* ». Ann. méd.-psych., 1930, t. I, p. 214-237.
- Vincent T. (2000) *L'anorexie*. Paris : Odil Jacob, 2006.
- Vitousek B.K., Ewald S.L. « *Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective* » in : Segal Z.F., Blatt S.J. *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York : The Guilford Press, 1993, p. 221-257.
- Waller J.V., Kaufman R.M. et Deutsch F. « *Anorexia nervosa: A psychosomatic entity* ». Psychosom. Med., 1940, 2, p. 3-16.
- Wallon H. « *Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre* ». J Psychol. Paris, 1931, 28, p. 705-748.

Wallon H. *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité.* Paris : PUF, 1949.

Whitehouse A.M., Freeman C. O. L., Annandale A. « *Body size estimation in anorexia nervosa* ». *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, p. 23-26.

Winokur A., March V. et Mendels J. « *Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa* ». *Am. J. Psychiatry*, juin 1980, 137, 6, p.695-698.