

Quelques remarques à propos de ce que l'usage a dénommé
« **Anorexie Mentale de la jeune fille** »

par Albert Maître

Le public averti qui compose cet auditoire se souvient probablement que Freud avait émis de fortes réserves sur la possibilité d'un traitement psychanalytique de ces jeunes filles, du moins sous la forme de la cure-type.

Cet avis ne semble pas avoir dissuadé les analystes de s'engager dans le traitement de ces situations cliniques malgré qu'ils aient admis qu'elles se situent effectivement hors du cadre des névroses de transfert. Ce qui ressort, à la lecture des nombreux travaux publiés, des hypothèses proposées, des améliorations obtenues, c'est que la question de la possibilité d'un traitement psychanalytique se pose encore, si on ne veut pas confondre celui-ci avec une psychothérapie.

C'est le premier motif qui me pousse aujourd'hui à aborder ce sujet. Le deuxième motif c'est le thème même de notre journée d'études: la pulsion. L'Anorexie Mentale qui se présente, au premier abord, comme un trouble isolé de la pulsion orale m'a paru être une entame intéressante dans la perspective d'éprouver la validité de nos concepts théoriques et éventuellement de les relancer autrement. Le troisième motif réside dans l'actualité du débat psychanalyse-psychothérapie parce que les courants dominants le traitement de l'Anorexie Mentale, plus pour des raisons institutionnelles qu'intellectuelles d'ailleurs, n'envisagent celui-ci que sur le mode d'une psychothérapie visant à renflouer un narcissisme jugé déficitaire. On voit revenir sur un autre mode le contre-transfert nourricier pour ne pas dire gavant qui a toujours animé la correction, plus que l'élaboration, de ce qu'avait d'insoutenable la cachexie de ces adolescentes.

Pour se démarquer de la confusion qui règne dans le traitement de ces jeunes femmes, où souvent l'activisme et le bon sens tiennent lieu des principes qui devraient fonder leur traitement, il me paraît nécessaire, à titre préliminaire, de ne pas nous satisfaire de l'aspect trop évident (et évidant) de leurs troubles cliniques pour plutôt approfondir la dimension des enjeux pour le sujet dans ce qui se répète, afin qu'un analyste puisse représenter une adresse possible.

UN TABLEAU CLINIQUE

A ceux qui auraient tendance à ne voir dans l'Anorexie Mentale qu'une manifestation actuelle du malaise social d'une société de consommation, il convient de rappeler que ce tableau clinique fut isolé dès le XVIIème siècle par Morton sous le nom de " Consommation Nerveuse". Au XIXème siècle avec Lassègue puis Charcot le trouble de ces jeunes filles va être assimilé à l'hystérie, mais une hystérie conçue selon le modèle médical d'une clinique où il s'agissait de faire du réel un tableau. C'est de cette époque et du fait de cette assimilation que datent les mesures d'isolement, voire de coercition, qui vont constituer l'essentiel du traitement de ces jeunes filles. Ces mesures, nous pouvons les qualifier de contre-transférentielles, suscitées par ce qui était éprouvé comme un défi au pouvoir médical. Avec Huchard en 1863 et sous l'influence probable de l'anorexia nervosa des anglo-saxons(Gull), l'anorexie hystérique sera dénommée dorénavant en France: Anorexie Mentale. Au XXème siècle un courant scientifique va tenter d'en faire, sans lendemain crédible, la manifestation d'un trouble hypothalamo-hypophysaire; alors qu'avec Freud l'anorexie considérée aussi comme un symptôme de conversion hystérique est resituée dans une problématique de conflit psychique. Freud n'a pas réduit les conduites anorexiques à la modalité hystérique puisqu'il les évoque aussi dans le manuscrit G de 1895 à propos de la mélancolie. Malgré cela, la connotation hystérique va demeurer le cadre nosologique de référence des troubles alimentaires de ces jeunes femmes tant pour les médecins que pour les psychanalystes. Et ceci, jusqu'en 1965, où lors d'un symposium à Göttingen, un autre regard, à défaut d'une autre écoute, va être porté sur ce syndrome affectant les jeunes femmes. La référence hystérique est alors récusée, au profit de modalités cliniques comme la dépression mais aussi la perversion voire la psychose telle la notion de psychose monosymptomatique soutenue par Mara Selvini. La problématique alimentaire y est relativisée, l'accent étant plutôt mis sur un trouble de la relation au schéma corporel. L'incapacité de ces jeunes filles à assumer les transformations pubertaires est davantage considérée comme la conséquence d'une perturbation précoce du lien mère-fille déterminant une incapacité de séparation plutôt qu'une problématique relevant de la "génitalité" comme le laissait entendre la conception hystérique de l'anorexie mentale. De cette époque datent le développement des thérapies familiales et la notion d'un narcissisme défaillant caractérisant cette incapacité qu'on se propose de restaurer par des pratiques plus ou moins inspirées du courant Winnicottien. Un "holding" permettrait la constitution d'une bonne image du Moi. On remarquera, que de ce fait, ces pratiques se situent, délibérément, dans une perspective psychothérapique.

Ces conceptions occupent actuellement une position idéologique dominante dans la mesure où elles émanent des lieux de soins psychiatriques auxquels ces jeunes femmes échappent rarement du fait de l'angoisse suscitée dans leur entourage familial par l'amaigrissement. Elles ont l'inconvénient d'homogénéiser et de réduire l'Anorexie Mentale à ce qui paraît le plus manifeste. L'expérience clinique la plus courante montre au contraire une disparité sous-jacente. Dans ce syndrome, qu'y a-t-il de commun si ce n'est un trait de comportement alimentaire entre une analysante qui nous apprend, au cours d'une cure, avoir présenté pendant quelques mois lors de son adolescence un épisode spontanément résolutif d'anorexie-amaigrissement-aménorrhée et d'autres sujets dont les états cachectiques peuvent durer toute une vie, voire l'interrompre. Les perspectives évolutives du syndrome anorexique

relèvent plus de ce qui fait disparité que trait commun dans ce tableau clinique, à tel point qu'on peut se demander si l'isolement d'une entité anorexie mentale n'est pas déjà l'indice d'un fourvoiement du regard médical. Il convient donc d'entrer dans ce tableau afin de prendre la mesure de ce qui l'ordonne et de substituer au regard médical l'ordre d'un discours, celui de ces jeunes femmes.

AU DELÀ DU TABLEAU

Qu'elles ne mangent plus ou qu'elles " mangent rien" comme Lacan nous invite à l'entendre, c'est dire qu'elles s'astreignent à produire ce manque qui semble leur faire défaut. Ceci doit nous inciter à nous interroger sur la fonction que joue la restriction alimentaire au niveau de la réalité psychique de ces adolescentes. S'il est maintenant bien connu que l'angoisse surgit quand le manque menace de ne plus manquer, c'est bien de cela dont il s'agit quand ces jeunes filles sont confrontées à la faim et à son objet réel: la nourriture. On pourrait s'attendre à ce que cette angoisse détermine une inhibition de la pulsion orale qui se caractériserait alors par une perte d'appétit et une absence de préoccupations alimentaires. L'écoute de ces adolescentes nous apprend qu'au contraire la préoccupation alimentaire est omniprésente et que la faim n'est pas absente. Ce qui est anxiogène et qui suscite un comportement d'évitement, de limitation, vis à vis de la réification que la nourriture peut représenter pour l'objet oral, c'est la crainte d'une impulsion boulimique. En passant , nous pouvons donc remarquer que l'appellation anorexie est impropre. La hantise de grossir, souvent invoquée comme cause des restrictions alimentaires, est en rapport avec l'angoisse suscitée par un fantasme boulimique illimité. C'est pourquoi, il est bien connu que la réalité de l'amaigrissement, n'exerce aucune pondération sur cette hantise et la conduite anorexique qu'elle induit, conduite qu'on peut dès lors considérer comme une formation réactionnelle.

Il nous paraît donc envisageable d'appréhender ce trouble des conduites alimentaires comme un agir, et non comme un symptôme au sens freudien du terme, modalité qui permet de produire et de mettre en scène un manque réel pour pallier le défaut de la représentation de ce manque au niveau de la réalité psychique de ces adolescentes. En d'autres termes, c'est le montage pulsionnel lui-même qui paraît menacé dans ce qui constitue sa dimension subjectivante à savoir qu'une pulsion ne saurait avoir d'objet réel. La conception freudienne de la pulsion, ce en quoi elle s'oppose à l'instinct qui lui a son objet réel, c'est que l'objet de la pulsion est l'objet perdu, la pulsion se constituant du représentant de la représentation de l'objet naturel, c'est à dire ce qui subjective sa perte, inscrit sa séparation et ouvre la dimension du désir. Cet aspect substitutif de la pulsion est ce qui nous autorise, par exemple, à pouvoir dire qu'on a dévoré un livre et donne sa raison à la transposition des pulsions. Ce que répète l'anorexique, dans ce qui essaie de se constituer en adresse à l'Autre, c'est une tentative de séparation de l'objet du corps de l'Autre, car comme Lacan l'avait pertinemment évoqué , celle-ci ne passe pas entre les lèvres et le sein mais entre le sein et le corps afin d'entamer ce corps d'un manque qui dès lors devient apte au désir. Dans la modalité anorexique le sujet tente d'éviter l'angoisse en se faisant le lieu où se jouerait la séparation entre le sein et l' Autre, mais un Autre réduit à son propre corps. Ce dispositif imaginaire, parce qu'il fait appel à un objet réel, la nourriture, et non à la dimension signifiante entraîne une répétition infini du scénario

au détriment d'une répétition élaborative. Dans ce type d'agir le sujet, qui occupe la position de l'objet séparé, est nourricier et déjà nourri, il peut, dès lors, se préoccuper de la faim dans le monde et nourrir ses semblables. Mais il est aussi, en position d'Autre, en tant que corps entamé d'un manque qui crie famine en exhibant l'obscénité d'une demande dont l'objet serait trop réel. La subjectivation impossible de ce dispositif imaginaire annule les effets de la mise en scène de la séparation et rend compte de sa nécessaire réitération. L'usage d'un objet réel pour pallier la non-représentation du manque au niveau de la réalité psychique évoque une pratique fétichiste. Il renverrait l'anorexique à la modalité du déni plutôt qu'à celle du refoulement pour caractériser l'incapacité de ces adolescentes à assumer la subjectivation de l'identité sexuée et plus précisément celle du féminin puisqu'il est connu depuis toujours que ce sont les transformations de l'adolescence qui révèlent ce tableau clinique.

L'HORREUR DU FÉMININ

En effet, on retrouve toujours dans le déclenchement de l'épisode anorexique l'irruption, dans ce qui faisait monde pour ces jeunes filles, des signifiants de la différenciation sexuelle et plus particulièrement de la terreur d'un passage direct de l'enfance à la maternité comme si la subjectivation du féminin ne s'était pas accomplie, du féminin en tant que tel et différencié de la fonction maternelle. Elles semblent alors renvoyées sur un mode traumatique à la question : qu'est-ce qu'une femme? Question qui semble même ne pas avoir pu se formuler, faute que ce soit opéré le changement d'objet dans le développement libidinal de la fillette, à savoir une séparation de l'objet maternel au profit de l'investissement du signifiant paternel: le phallus, lequel dans un deuxième temps phallicise le corps de la mère en donnant un sens autre que celui des objets partiels à son manque. L'incapacité à pouvoir s'appuyer sur l'identification phallique amène ces jeunes filles sur le mode d'une régression orale à répéter sur ce terrain la nécessité pour la fillette d'une séparation avec la mère. Or celle-ci ne peut s'effectuer sur le mode d'une substitution d'objet quel qu'il soit, car cela prêterait à l'inclinaison fétichiste sus-évoquée. Elle repose sur la dimension phallique, le phallus comme signifiant, représentant de la représentation de la perte d'objet chez la mère, instituant son désir et permettant à la fillette d'aborder la question de l'identité sexuée non pas sur le mode d'un rapport traumatique au corps réel mais sur le registre de la demande et donc d'une identification au signifiant. Cette problématique de l'incidence de la signification phallique sur les objets partiels avait été établie par Freud quand il précisait que les zones érogènes et la libido subissaient rétroactivement un remaniement du fait de la castration. On retrouve un point de vue semblable chez Lacan quand dans le séminaire sur l'angoisse il nous précise que l'objet a se différencie des objets partiels et acquiert sa fonction de manque d'objet cause du désir qu'avec l'effet rétroactif de la castration.

Nous venons de faire porter l'accent sur une fétichisation du sein chez l'anorectique, cela implique qu'il existe néanmoins une imaginarisation de la fonction phallique donc que sa signification n'est pas absente même si elle est déniée. Mais cela pose la question de l'effcience en soi de la fonction phallique et plus particulièrement en ce qui concerne les femmes. On peut comprendre que Lacan ait conçu la nécessité de tenter une spécification du féminin hors-norme phallique. Sans cette perspective on est toujours enclin à une appréhension du féminin qui se ferait en corrélation, en général négative, par rapport à la

norme phallique. Ceci contribue à l'imaginarisation de cette fonction, donc aux dérivées perverses et ne laisse à la part non-mâle de l'humanité que les options identificatoires suivantes: girl-phallus, garçon manqué, pénis-neid, mère. Une spécification du féminin dans son rapport privilégié au signifiant du manque de l'Autre d'une part et dans la position de soutenir comme manque le désir de l'Autre, c'est à dire la fonction de l'objet a, paraît être la dimension nécessaire à ce que la norme phallique ne fasse pas totalité et dérive perverse. Cette spécification du féminin en soi m'a toujours paru problématique chez ces adolescentes et me paraît rendre compte du rapport qu'elles entretiennent avec leur corps, dont il est bien connu qu'elles ne peuvent le voir tel qu'il est, en particulier dans son décharnement; elles se trouvent toujours trop grosses. Le rapport au corps ne peut se réduire à la perception sensorielle de l'enveloppe charnelle que nous habitons. Sa subjectivation sous l'effet de la jouissance et de la douleur qui l'affectent est tributaire d'un rapport à la perte qui en affecte l'image, perte déterminée par la prise dans le langage. Cette perte l'anorectique ne la voit pas, parce qu'elle n'est pas représentée. Elle ne peut donc échapper à la répétition de l'accentuer toujours davantage ce qui nous montre que ce corps elle ne l'habite pas, un peu comme si elle entretenait avec lui le rapport que le mélancolique a avec son Moi, quand l'ombre de l'objet l'a envahi pour parodier Freud. Son corps paraît donc soustrait à ce qui au niveau de la réalité psychique la représenterait. Néanmoins lorsque les effets de la cachexie se font sentir au point de déterminer dans le réel une incapacité, elles en reconnaissent alors la réalité et dans un certain nombre de cas cette butée va être le point de départ d'un déplacement subjectif vers une position de demande. Il n'y a donc pas une absence d'appréhension du corps à proprement parler mais celui-ci, comme Autre, est pris dans une compulsion de répétition visant à inscrire au niveau de ce corps l'entame, la perte qui permettrait de passer de la répétition à l'acte subjectivant. A défaut la répétition se poursuit, au delà du Principe de plaisir et donc de ce qui apparaît comme un défi au bon sens.

ORIENTATIONS POUR UN TRAITEMENT POSSIBLE

Si l'anorectique parvient à juguler son angoisse par son évitement alimentaire et la présentation d'une perte réelle au niveau de son corps, cette angoisse va resurgir au niveau de l'entourage familial, puis médical et peut constituer une propension au passage à l'acte susceptible d'entraver le cheminement vers une démarche psychanalytique. L'analyste doit tenir compte de cette manifestation clinique du réel comme dimension de l'impossible. En nommant l'enjeu subjectif, au delà de l'aspect manifeste de l'amaigrissement il peut permettre une orientation possible vers la parole. Ce qui est quand même préférable au gavage, fut-il contractuel.

Leur demander de manger, quelqu'en soit les modalités, ne peut, c'est le cas de le dire, qu'alimenter leur angoisse et donc la nécessité de reproduire les mêmes comportements de restrictions. Capables de concessions, elles peuvent accepter de prendre les quelques kilos indispensables pour obtenir la sortie de l'institution où elles ont été hospitalisées parce qu'elles savent que quelques semaines plus tard leur poids sera revenu au statu quo ante. Leur demander de manger c'est se discréditer par avance comme adresse possible d'une demande où pourrait se dire autrement leur impasse. L'expérience montre d'ailleurs que le comportement

anorexique choisit dès lors que ces jeunes filles peuvent passer d'un dire narratif à un discours où l'association libre advient. Toutes n'ont pas à cet égard les mêmes possibilités d'y parvenir. La difficulté du traitement des anorexiques me paraît résider, au moins au niveau d'un écueil préliminaire, dans le fait que la fonction analysante, à savoir l'objet a, elles l'incarnent sous une forme réifiée. Ceci pouvant rendre compte de la force de leur conviction d'être dans le vrai concernant leur situation subjective. Ce n'est pas par narcissisme qu'elles se montrent réfractaires au transfert, c'est parce que la condition d'une adresse possible est court-circuitée par le fait que le rien, ce rien, que la position de l'analyste représente, est réifié sur le mode de l'agir par la conduite anorexique d'une part et par l'amaigrissement d'autre part.

Peut-on penser qu'une intervention de l'analyste sur ce plan puisse changer le cours de la répétition? Non car le réel n'est pas repéré comme tel mais rabattu du côté de la réalité (restriction alimentaire) ou de l'imaginaire corporel. Toute intervention à ce niveau menacerait le Moi-Idéal qui tient lieu de fonction subjective et exacerberait l'angoisse. Il n'en est pas de même, comme nous l'avons déjà évoqué, lorsque le réel se manifeste directement au niveau du corps propre par un impossible que la cachexie vient opposer à l'hyperactivité. La fonction de butée, d'impossible vient là s'offrir à la subjectivation pour autant qu'une adresse s'y prête. Une adresse qui a à charge, quel qu'en soit la difficulté à ne pas lui répondre: mange, ce qui relancerait la nécessité du scénario oral de séparation, mais qui a à soutenir ce rien qui leur fait défaut, alors les lèvres peuvent s'ouvrir et se refermer sur un autre objet que la nourriture: la voix.

Il n'est pas nécessaire d'attendre et d'atteindre de telles extrémités. Les enjeux pour une analyse possible des anorexiques me paraissent devoir se situer ailleurs que sur le plan le plus manifeste de leur trouble. Il s'agit de s'attacher à tout ce qui peut se manifester dans leur discours sur le mode du symptôme, qu'il soit hystérique, phobique, obsessionnel ou dépressif. S'il me paraît inefficace de tenter de trouver et de proposer un sens analysable à l'anorexie par contre des symptômes qui semblent annexes par rapport à la massivité du tableau clinique sont susceptibles, parce qu'ils sont une modalité d'inscription de la castration, de se prêter, pour peu que l'analyste en souligne la valeur, à une introduction du sujet dans une problématique transférentielle. Si la conduite anorexique se situe sur le mode d'une maîtrise imaginaire, le symptôme et tout ce qui se manifeste sur le mode d'une souffrance, porte en soi l'insu propice à une adresse à un sujet supposé savoir, ce qui offre une alternative à l'agir qu'est le comportement anorexique.

POST-SCRIPTUM

Anorexie et Boulimie

L'agir anorexique évoque une défense contre un fantasme boulimique; une boulimie l'a parfois précédée, parfois s'y associe, parfois y succède ou encore existe en tant que telle isolement. Ces deux modalités sont des tentatives par l'agir de maintenir le dispositif pulsionnel dans ses effets subjectivants, sur le mode de l'acting-out pour l'anorexique c'est à dire en s'identifiant à l'objet, sur le mode du passage à l'acte pour la boulimique en s'identifiant à l'Autre sur le mode de l'impératif: Mange! L'autre pôle du dispositif, visant à compenser la défaillance du dispositif pulsionnel, est représenté par l'Autre sous la forme d'un corps affecté

des stigmates du manque pour l'anorectique. Pour la boulimique, le vomissement produit un objet a réifié, entamant l'Autre par sa déjection.

- Les enseignements de l'anorexie pour une théorie de la pulsion

Les différentes structures cliniques pourraient s'envisager comme des dispositifs suppléants pour assurer la permanence de la fonction subjectivante du montage pulsionnel. Leur efficacité et leur réussite ne sont pas égales. Ces dispositifs ne sont peut-être pas supplétifs mais structuraux, c'est peut-être ainsi qu'il nous faut entendre ce que Lacan a pu dire concernant un irréductible du symptôme. Alors il nous faut concevoir le montage pulsionnel, qui comporte aussi l'aptitude au plaisir, c'est à dire la rencontre d'un objet mondain qui n'angoisse pas, comme devant impliquer qu'il ne se réduise pas au fameux circuit issue de la zone érogène, y faisant retour, soutenu dans son parcours par la représentation de l'objet perdu. Celle-ci, quand bien même serait-elle confirmée rétroactivement par la castration demeure propice à une dérive imaginaire qui en annule la fonction. Si bien que nous devons adjoindre à ce montage de la pulsion partielle les effets de la sexuation et plus particulièrement de la part femme qui serait structurellement constitutive de l'objet a.

Albert MAITRE

« Anorexie mentale de la jeune fille »